MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

Manual de Procedimientos Administrativos de Seguros Públicos de Salud

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

PUBLICACION 128

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ – BOLIVIA
2009

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

Manual de Procedimientos Administrativos de Seguros Públicos de Salud

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

PUBLICACION 128

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ – BOLIVIA
2009

	FICHA BIBLIOGRÁFICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD
Puede obtenerse información en la siguiente dirección de Internet: http://www.sns.gov.bo

Depósito Legal:
R.M.: Nº 190 de 1º de abril de 2009
ISBN: (Inscripción internacional)

Autor:
Dr. Dante Ergueta Jiménez (MSD)

Revisión Técnica
Dra. Carla Márquez Cabezas (MSD)
Dr. V. Reynaldo Aguilar Álvarez (MSD)
Dr. Félix Chuquimia Mamani (MSD)
Lic. Mauricio Zárate (MSD)
Lic. Marco Antonio Márquez (MSD)
Lic. Blanca Kremsberger (MSD)
Lic. Daniel Huayta Monasterios (MSD)
Lic. Roberto Avila Cárcamo (Consultor)

Edición:
Dr. Dante Ergueta Jiménez (MSD)
Dra. Carla Márquez Cabezas (MSD)
Dr. V. Reynaldo Aguilar Álvarez (MSD)
Lic. Roberto Avila Cárcamo (Consultor)

Ilustración de la cubierta: Fragmento de “El Cristo de la Higuera”, obra de Walter Solón Romero.

La Paz, Unidad de Seguros Públicos. Dirección General de Seguros de Salud. Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes, 2009.

© Ministerio de Salud y Deportes 2009

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Raúl A. Vidal Aranda
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sra. María Rasguido
VICEMINISTRA DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD a.i.

Prof. Víctor Barrientos Gonzáles
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Franz Calani Lazcano
DIRECTOR GENERAL DE SEGUROS DE SALUD

Dra. Carla Márquez Cabezas
JEFA DE LA UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS

Presentación

Dentro de las Políticas de cambio que viene promoviendo el Gobierno Nacional para consolidar el derecho al acceso al seguro universal de salud y a los medicamentos, consignados en la Constitución Política del Estado Plurinacional, el Ministerio de Salud y Deportes presenta a todos los actores responsables de la gestión y aplicación de los Seguros Públicos de Salud el Manual de Procedimientos Administrativos.

La administración de Seguros Públicos de Salud tendrá un nexo con la gestión de suministros para asegurar la gestión adecuada de ambos, disminuyendo la labor administrativa del personal de salud y mejorando la satisfacción de los usuarios.

Este instrumento permitirá contar con las herramientas necesarias para aplicar los cambios necesarios que faciliten los procesos administrativos de los seguros de salud vigentes y del Seguro Universal de Salud cuando sea oficializada su implementación.

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Índice

Procedimientos administrativos de Seguros Públicos

Introducción 1

Aspectos generales 2

Procedimientos administrativos 4

Procedimientos manuales 4
Procedimientos informatizados 4
Instrumentos administrativos 5
Procedimientos administrativos de cobro 6
Procedimientos informatizados: 6
Procedimientos manuales: 6
Procedimientos administrativos de pago 8

Descripción de instrumentos administrativos 11

Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria 11
Recetario/Recibo para la Atención del Paciente Internado 16
Recetario/Recibo Hoja Adicional 21
Recetario/Recibo de atención odontológica 22
Recetario/Recibo de Prestaciones Especiales 26
Descargo y Solicitud de Suministros de Botiquín de Servicio 29
Descargo de Traslado de Emergencias 32
Solicitud de Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Servicio de Sangre Segura 34
Reporte de resultados de Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Servicio de Sangre Segura 37
Descargo de Prestaciones Complementarias a la atención 40
Resumen de Prestaciones Realizadas 42
Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud 44

Procedimientos administrativos del SSPAM

Antecedentes 46

Procedimientos administrativos 47

Procedimientos manuales 47
Procedimientos informatizados 47

Instrumentos administrativos 48

Procedimientos administrativos de cobro 49

Reporte de la información 49

Descripción de instrumentos administrativos 50

Carnet de afiliación. Sistema SASP 50
Carnet de afiliación. Sistema manual 52
Ficha de afiliación. Form. SSPAM Nº 1 52
Registro anual de personas mayores de 60 años. Form. SSPAM Nº 2 54
Nómina de asegurados. Altas. Form. SSPAM Nº 3 55
Nómina de Bajas. Form. SSPAM Nº 4 57
Prestaciones atendidas. Form. SSPAM Nº 5 59
Atención por contingencias. Form. SSPAM Nº 7 60
Cobro y pago de cotizaciones 61
Cobro y pago de contingencias 63

Anexos

Símbolos utilizados

	Información general: Amplía una información específica referente a un determinado procedimiento de Seguros Públicos de Salud.
	Información Importante: Alerta y aclara aspectos importantes referentes a un determinado procedimiento.
	Registrar o escribir: Señala que el personal de salud debe escribir o efectuar un registro sobre el espacio destinado al mismo.
	Marcar: Señala que el personal de salud debe efectuar una marca sobre el espacio destinado al mismo.
	Recetario/Recibo: Los documentos señalados con este símbolo deben ser llenados por el Equipo de Salud durante la atención del paciente.
	Documentos de Laboratorio, Imagenología y Banco de Sangre: Los documentos señalados con este símbolo deben ser llenados por el personal responsable de los Servicios de Laboratorio, Imagenología o Banco de Sangre según corresponda.
	Documentos impresos: Los documentos señalados con este símbolo pueden ser impresos desde el Sistema SALMI o SIAL.

Módulo Uno

Procedimientos Administrativos

Seguros Públicos de Salud

Introducción

La implementación de Políticas de Aseguramiento Público en Salud de Bolivia, desde su inicio con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez hasta el Seguro Universal Materno Infantil y el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, han permitido ampliar la cobertura de atención a la población que no cuenta con un seguro de salud.

El reto actual del Estado es consolidar el Derecho Universal a la salud gratuita de todos los bolivianos y bolivianas establecido en la Constitución Política del Estado.

El Seguro Universal de Salud, requiere para iniciar su aplicación, un cambio en la forma de llevar adelante los procesos y procedimientos administrativos que garanticen su eficiencia, eficacia y el control de los recursos económicos destinados para este fin.

Todos los seguros anteriores y los actualmente vigentes, centraron su administración en la aplicación de instrumentos de registro y consolidación manuales que debían ser asumidos por el personal de salud, reduciendo el tiempo destinado a la atención de los beneficiarios, aumentando los errores y disminuyendo la confiabilidad de los mismos.

Por otra parte, siempre fueron considerados independientes de otros procesos administrativos como el de la gestión de suministros (SNUS), la información estadística en salud (SNIS) y la de Programas Nacionales, que cuentan con sus propios instrumentos de registro y consolidación, en desmedro de la actividad del personal operativo.

La introducción de sistemas informáticos, destinados a subsanar estas dificultades administrativas de los distintos Seguros de Salud, siempre estuvieron limitados a establecimientos de mayor complejidad, obviando a la mayoría de los servicios del Sistema Nacional de Salud y por consecuencia de la disponibilidad de la información generada por ellos.

La Unidad de Seguros Públicos de Salud, dependiente de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Salud y Deportes, con el fin de cambiar esta situación, decidió integrar a través de la aplicación del *Sistema Informático SALMI – SIAL*, los procesos administrativos del Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS) a los Seguros Públicos vigentes para mejorar el desempeño del personal, facilitar el registro y consolidación de la información y obtener datos confiables y oportunos que permitan a los actores de la gestión de salud en los distintos ámbitos, tomar decisiones basadas en documentos técnicos, asegurando ante todo los suministros necesarios para la atención efectiva a los beneficiarios.

Aspectos generales

La Unidad de Seguros Públicos, dependiente de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Salud y Deportes, con el fin de consolidar una implementación efectiva del ***Seguro Universal de Salud***, decidió poner en vigencia la ***Plataforma de Transición al Seguro Universal de Salud*** a través de la optimización de los procedimientos administrativos de gestión del Seguro y del SNUS mediante la aplicación de los ***Sistemas Informáticos SIREMIP, SALMI y SIAL***, proceso que se puso en marcha mediante Resolución Ministerial Nº 886/2008, que oficializaba la aplicación de los Sistemas SALMI y SIAL en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

El Proceso de Transición al Seguro Universal de Salud comprende dos Fases:

I. Primera Fase:

1. Comprende el cambio de los procesos, procedimientos e instrumentos del SUMI, la Ampliación de Cobertura del Aseguramiento público en salud y el fortalecimiento de los procesos del SSPAM a través de la implementación del sistema de administración de los ***Seguros Públicos de Salud***.

2. Adecuación e integración al sistema de administración de Seguros Públicos de los siguientes seguros de salud:

- Seguro de Salud Para el Adulto Mayor.
- Seguros Públicos de Salud Departamentales.
- Seguros Públicos de Salud Municipales.
- Seguridad Social de Corto Plazo.

La Primera Fase de la Plataforma de Transición al Seguro Universal de Salud comprende a su vez la aplicación de dos etapas:

Primera Etapa. Desarrollada desde el mes de octubre de 2008, comprende las siguientes actividades:

- *Fortalecimiento de las FIM's*. Mediante Resolución Ministerial, se autorizó a los Gobiernos Municipales, la utilización de Remanentes Financieros del SUMI para la adquisición de un Equipo de Computación para cada Farmacia Municipal Institucional con el fin de instalar el Sistema Informático SALMI y/o el Sistema Informático SIAL.

- *Capacitación e instalación de los Sistemas de Administración Logística de Suministros para la gestión de las FIM's.* En cumplimiento a la Resolución Ministerial Nº 886 de octubre de 2008, se efectuaron procesos de difusión y capacitación de los Sistemas Informáticos SALMI y SIAL para que el personal operativo tenga un periodo adecuado de adaptación y entendimiento del mismo.

- *Inventario físico de suministros*. Uno de los pasos más importantes para el funcionamiento *de los Sistemas de Administración Logística de Suministros* es la realización del Inventario Físico Inicial de Medicamentos e insumos existentes en la Farmacia Institucional Municipal – FIM que permite, en muchos casos, reorganizar la misma, identificar medicamentos e insumos innecesarios o no pertinentes a la atención del nivel del establecimiento y actualizar los registros y la información administrativa.

Segunda etapa**.** Comprenderá las siguientes actividades:

- *Implementación del sistema de administración de Seguros Públicos de Salud*. La administración de Seguros Públicos de Salud estará basada en la correcta gestión de suministros, por lo que sus procesos y procedimientos deberán ser efectuados según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 190 del 1ro de Abril de 2009 y el presente manual. Esta implementación comprenderá:

    - Cambio de procesos, procedimientos e instrumentos administrativos del SUMI.
    - Ampliación de la Cobertura de aseguramiento público en salud.
    - Fortalecimiento de los procesos administrativos del SSPAM.
    - Adecuación, integración y aplicación de procesos, procedimientos e instrumentos administrativos de los seguros departamentales y municipales a la política del Ministerio de Salud y Deportes.

- *Compra de medicamentos e insumos por economía de escala aplicando las normas del SABS y SNUS*. La contratación para la provisión de medicamentos, dispositivos médicos (insumos) y reactivos de laboratorio deberá efectuarse cumpliendo lo señalado en:

    - *D.S. 29190 NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS*
    - *Artículo 64 del REGLAMENTO DEL SUBSISTEMA DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (Resolución Ministerial Nº 397 de 27 de agosto 2007).*

- *Implementación del componente de afiliación, la Carpeta Familiar y el ordenamiento del acceso al sistema de Salud*. Los Gobiernos Municipales, son responsables de la afiliación a la población beneficiaria de los Seguros Públicos de Salud en su jurisdicción y de la asignación de establecimientos para su atención con el fin de ordenar el acceso al sistema. El personal de salud es responsable de implementar la Carpeta Familiar.

Segunda Fase: Una vez que las condiciones financieras y logísticas sean garantizadas, se realizará la Segunda Fase de implementación del Seguro Universal de Salud que comprenderá el aseguramiento gratuito para toda la población boliviana cumpliendo los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, equidad y unidad de gestión.

La Dirección General de Seguros de Salud y la Unidad de Seguros Públicos del Ministerio de Salud y Deportes, pone a disposición del equipo de salud y de los responsables de las diferentes instancias de gestión del Seguro, el ***Manual de Procedimientos Administrativos de Seguros Públicos de Salud*** con el fin de permitir un correcto cumplimiento de la normativa y lograr la satisfacción de los beneficiarios y de los componentes del equipo de salud.

Para el logro de este fin, es fundamental crear los espacios necesarios para la difusión, análisis, discusión y aclaración de las diferentes dudas que pudieran surgir dentro del equipo de salud durante la aplicación de las diferentes prestaciones, mediante la lectura, comprensión y aplicación del presente instrumento operativo.

Procedimientos administrativos

De acuerdo a la capacidad técnica y logística de cada establecimiento de salud, se establecen dos modalidades de aplicación de los procedimientos administrativos de ***Seguros Públicos de Salud***:

1. *Procedimientos manuales.*
2. *Procedimientos informatizados.*

Procedimientos manuales

Los procedimientos manuales deben ser realizados solo por el equipo de salud de los Centros de Salud SAFCI sin camas, que por algún motivo no hubiesen implementado el Sistema Informático SALMI (*Problemas logísticos, ausencia de equipo de computación, falta de energía eléctrica, etc.*), los mismos deben ser especificados para justificar dicha imposibilidad ante el DILOS a través de la Coordinación de Red y garantizar el flujo de la información.

Si la causa de la no implementación fuera subsanable por el equipo de salud, la Dirección del Establecimiento, el DILOS, la Coordinación de Red, el Gobierno Municipal o el SEDES; los procedimientos manuales deberán cambiarse a los procedimientos informatizados en el menor plazo posible.

Procedimientos informatizados

Los procedimientos informatizados, son aquellos basados en los ***Sistemas Informáticos SALMI y SIAL***, establecido por el Ministerio de Salud y Deportes mediante *Resolución Ministerial Nº 886* de 8 de octubre de 2008.

El Sistema SALMI, debe implementarse en las Farmacias Institucionales Municipales (FIM's) de los establecimientos de salud públicos, en las Farmacias Institucionales (FI's) de la Seguridad Social de Corto Plazo y los privados bajo convenio específico. Se priorizará este sistema en los servicios de salud de Primer Nivel de atención, pudiendo extenderse a los de Segundo Nivel.

Los establecimientos de salud de Tercer Nivel y algunos de Segundo que cuenten con el sistema ***SIAF,*** desarrollado por el Ministerio de Salud y Deportes, deberán continuar con su aplicación después de ajustarlos a los parámetros técnicos del Sistema SALMI.

Los establecimientos de salud que cuentan con cualquier otro sistema informático, deben ajustarlos a los parámetros técnicos del Sistema SALMI para posibilitar la consolidación de la información en el Sistema SIAL.

El Sistema SIAL, es un sistema desarrollado para consolidar la información generada por el Sistema SALMI y la administración de los suministros de la FIM de Referencia, debiendo implementarse en las FIM's de Referencia, Coordinaciones de Red, Gobierno Municipal, SEDES y Ministerio de Salud y Deportes.

Instrumentos administrativos

Se establecen como instrumentos administrativos de ***Seguros Públicos de Salud*** los siguientes documentos administrativos y médico – legales:

D-1	*Recetario/Recibo de atención ambulatoria.*
D-2	*Recetario/Recibo de atención del paciente internado y hojas adicionales.*
D-3	*Recetario/Recibo de atención odontológica.*
D-4	*Recetario/Recibo de prestaciones especiales.*
D-5	*Descargo y Solicitud de Botiquín de Servicio.*
D-6	*Descargo de Traslados de emergencias.*
D-7	*Formulario de referencia y retorno*
D-8	*Solicitud de exámenes de laboratorio, Imagenología/Gabinete o servicios de sangre.*
D-9	*Reporte de resultados de exámenes de laboratorio, Imagenología/Gabinete o servicios de sangre.*
D-10	*Descargo de Prestaciones Complementarias (Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Banco de Sangre).*
D-11	*Informe Mensual de Movimiento de Medicamentos e Insumos – IMM (SNUS-03).*
D-12	*Consolidado de Pedido Trimestral de Medicamentos e Insumos – CPT (SNUS-04).*
D-13	*Registro de existencias – Kárdex valorado (SNUS-01).*
D-14	*Resumen de prestaciones realizadas por el establecimiento de salud*
D-15	*Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES.*

Cabe aclarar que los documentos ***11***, ***12***, ***13***, ***14*** y ***15***, que representan la mayor carga administrativa, serán sistematizados e impresos por el Sistema SALMI en los establecimientos que asuman los procedimientos informatizados. En aquellos que los realicen de forma manual podrán registrar su información en el Sistema SIAL instalado en el nivel inmediato superior (FIM de Referencia).

Los demás documentos deberán ser llenados manualmente por el equipo de salud que realiza la atención, de acuerdo a instructivos específicos y norma vigente y según la pertinencia de cada atención.

*Los documentos **1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 y 10** son instrumentos utilizados durante la atención de medicina general, odontología, especialidades y entrega de exámenes complementarios y se constituyen en documentos médico – legales, que pueden ser utilizados con fines de auditoria médica.*

*Los documentos **5, 6, 10, 11, 12, 13, 14 y 15** son instrumentos administrativos destinados a respaldar las prestaciones efectuadas por los establecimientos de salud y que pueden ser utilizados con fines de auditoria financiera.*

Procedimientos administrativos de cobro

Procedimientos informatizados:

Los datos de los documentos administrativos ***1***, ***2***, ***3***, ***4***, ***5***, ***6*** y ***10*** deberán ser registrados en el Sistema Informático SALMI por el o los responsables de su administración de acuerdo a procedimientos especificados en el ***Manual del Usuario del Sistema SALMI***.

Dentro de los primeros ***tres días hábiles*** del mes siguiente al informado, el personal administrador del SALMI, deberá generar dos tipos de información administrativa:

Información impresa.

Información en archivo magnético.

Información impresa: Consiste en la generación e impresión de los siguientes documentos administrativos en original y dos copias con fines de cobro al Gobierno Municipal:

- Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES.
- Resumen de prestaciones realizadas por el establecimiento de salud
- Informe Mensual de Movimiento de Medicamentos e Insumos – IMM.

Según la capacidad resolutiva del establecimiento que solicita el pago, se deberá ***adjuntar*** los siguientes documentos en original y dos copias:

- Descargo de Traslados de Emergencias.
- Descargo de Prestaciones Complementarias (*Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Banco de Sangre*).

Al final de cada trimestre, para la reposición de suministros, adicionalmente deberá generar e imprimir:

- Consolidado de Pedido Trimestral de Medicamentos e Insumos – CPT.

Todos estos documentos originales y sus copias deberán ser firmados por el Responsable del Establecimiento de Salud y enviados al Responsable Municipal SAFCI.

Información en archivo magnético: La persona responsable del Sistema SALMI, generará mensualmente un archivo de consolidación en medio magnético siguiendo los procedimientos especificados en el ***Manual del Usuario SALMI*** y lo enviará a la FIM de Referencia para su consolidación en el Sistema Informático SIAL.

Procedimientos manuales:

Los responsables de los establecimientos que aplican los procedimientos administrativos manualmente, deberán efectuar el llenado de los siguientes documentos en un original:

- Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES.
- Informe Mensual de Movimiento de Medicamentos e Insumos – IMM.

En los primeros ***tres días hábiles*** del mes siguiente al informado, deberán entregar la información registrada en los documentos mencionados, a la persona responsable de la FIM de Referencia de la Red Municipal SAFCI o

del nivel inmediato superior que tenga instalado el Sistema SIAL, para que sea introducida a dicho sistema con el fin de:

1.	*Consolidar la información de todos los establecimientos de la Red Municipal SAFCI y generar un archivo de consolidación magnético para enviarlo al Sistema SIAL de la Coordinación de Red y al Sistema SIAL del Gobierno Municipal.*
2.	*Efectuar el control de la información entregada.*
3.	*Informatizar e Imprimir el REPES y el Informe Mensual de Movimiento de Medicamentos e Insumos – IMM en tres ejemplares.*
4.	*Informatizar e Imprimir, al final de cada trimestre, el Consolidado de Pedido Trimestral de Medicamentos e Insumos – CPT.*

Según la capacidad resolutiva del establecimiento que solicita el pago, se deberá ***adjuntar*** los siguientes documentos en original y dos copias:

- Resumen de Prestaciones realizadas por el establecimiento de salud
- Descargo de Traslados de emergencias.
- Descargo de Prestaciones Complementarias (Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Banco de Sangre).

Todos los documentos impresos deberán ser firmados por el responsable del establecimiento que mantiene los procedimientos manuales y entregarlos al Responsable Municipal SAFCI junto con los documentos de descargo respectivos (Documentos 6, 10 y 14).

Después de recibir la documentación de todos los establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI, el Responsable Municipal SAFCI enviará la documentación de respaldo al Coordinador de Red en los siguientes ***dos días hábiles***, previa revisión de consistencia y análisis de la información.

La Coordinación de Red, en ***dos días hábiles,*** deberá entregar la información revisada al DILOS, el cual, en el plazo de 24 horas emitirá la ***Resolución Administrativa*** correspondiente para la cancelación de los montos señalados en el REPES a cada establecimiento de salud, enviando la documentación original y copias a las siguientes instancias:

Resolución Administrativa y documentación Original: Gobierno Municipal.
Copia de Resolución Administrativa y Primera copia de la documentación: Coordinación de Red.
Copia de Resolución Administrativa y Segunda copia de la documentación: Establecimiento de Salud.

En caso de existir observaciones por el Responsable Municipal SAFCI o la Coordinación de Red, la documentación será devuelta para su corrección o justificación técnica por el Responsable del Establecimiento en los siguientes ***dos días hábiles***.

La Coordinación de Red deberá consolidar los archivos de consolidación magnéticos entregados por las FIM's de Referencia de las Redes municipales SAFCI y generar un archivo de consolidación magnético para enviarlo al Sistema SIAL del Servicio Departamental de Salud – SEDES correspondiente, previa revisión de consistencia y análisis de la información.

Finalmente, el SEDES a través de la Unidad Departamental de Gestión del SUMI – SSPAM y en coordinación con el SNIS Departamental y la Unidad Departamental de Farmacias, consolidará la información recibida de todas las Redes de su departamento para enviarla, en un archivo de consolidación magnético, a la Unidad de

Seguros Públicos de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, previa revisión de consistencia y análisis correspondiente de la información.

*La información del archivo de consolidación servirá también para alimentar al **Sistema de Control Financiero de Seguros – SICOFS**, que se encuentra instalado en las instancias de gestión responsables de la adecuada administración de los recursos de Seguros Públicos de Salud.*

Procedimientos administrativos de pago

El Gobierno Municipal, deberá efectuar el pago correspondiente a cada establecimiento en los siguientes ***siete días hábiles***, mediante una de las dos modalidades establecidas por la norma vigente:

Pago en Efectivo

Pago Mixto (en suministros y en efectivo)

El pago en efectivo por las prestaciones realizadas debe efectuarse única y exclusivamente a la cuenta corriente de cada establecimiento de salud, quedando prohibido el pago a través de las Coordinaciones Técnicas de Red por constituirse exclusivamente en instancias técnicas y no administrativas.

Se sugiere el ***pago mixto en suministros y en efectivo*** con el fin de efectuar la contratación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y reactivos de laboratorio mediante ***Licitación anual de proveedor*** dando cumplimiento al artículo 26 de la Resolución Ministerial Nº 397 de 27 de agosto 2007 (*REGLAMENTO DEL SUBSISTEMA DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS*).

La Contratación Anual de Proveedor de medicamentos e insumos y por ítems, posibilita al Gobierno Municipal asegurar la transparencia, la disponibilidad permanente de suministros, asegurar su calidad, reducir los costos y mejorar la eficiencia de las FIM's de su jurisdicción.

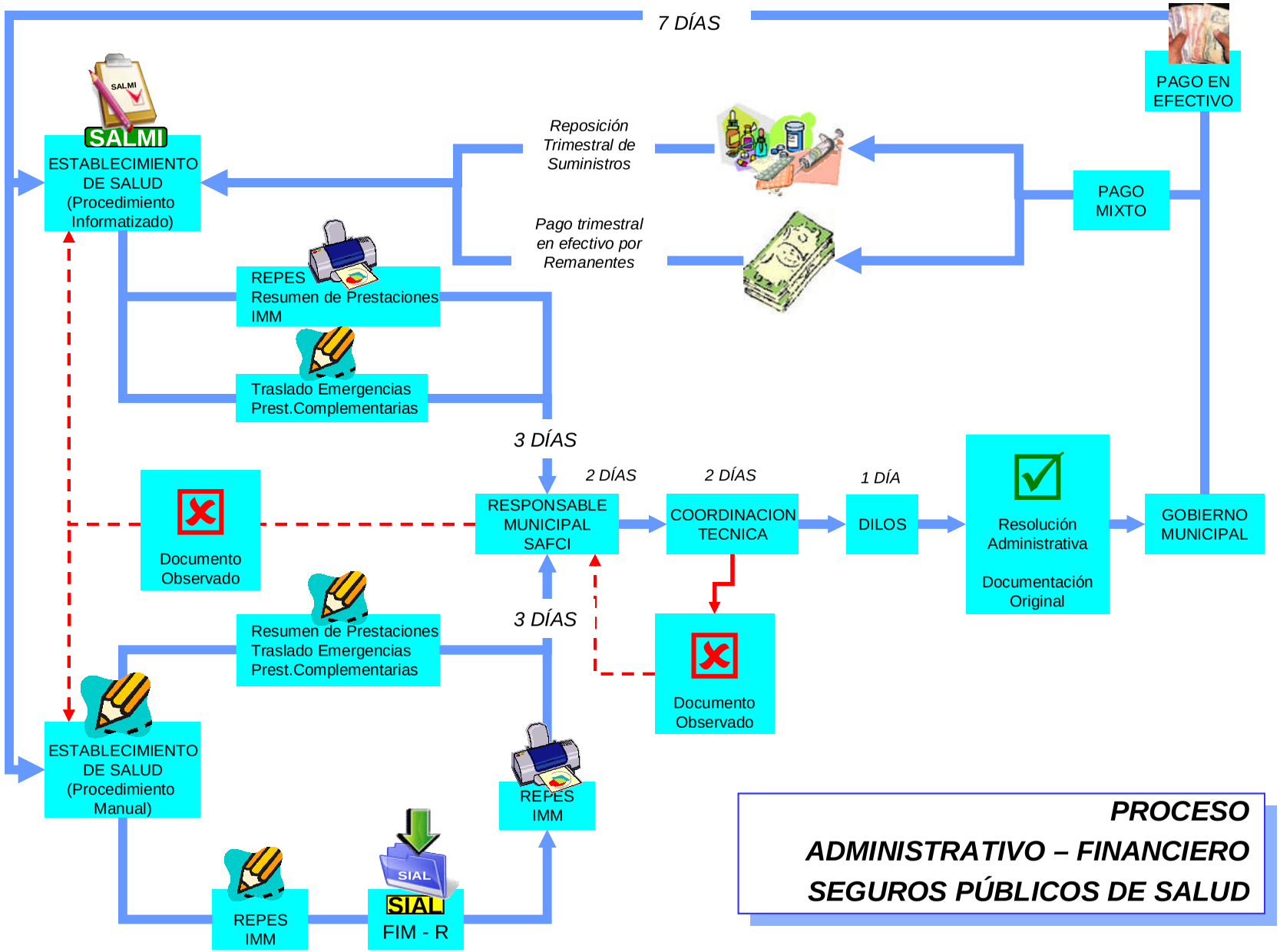
Si el pago es mixto, el Gobierno Municipal deberá realizar la ***Reposición Trimestral*** de suministros a la FIM de cada establecimiento y efectuar el ***pago trimestral en efectivo*** por concepto de ***Remanentes Financieros***.

Los establecimientos de salud deberán exigir una copia de la factura de compra de medicamentos, insumos y reactivos con el fin de establecer ***REMANENTES FINANCIEROS*** para su utilización de acuerdo a norma vigente (*Resolución biministerial 571/2003*).

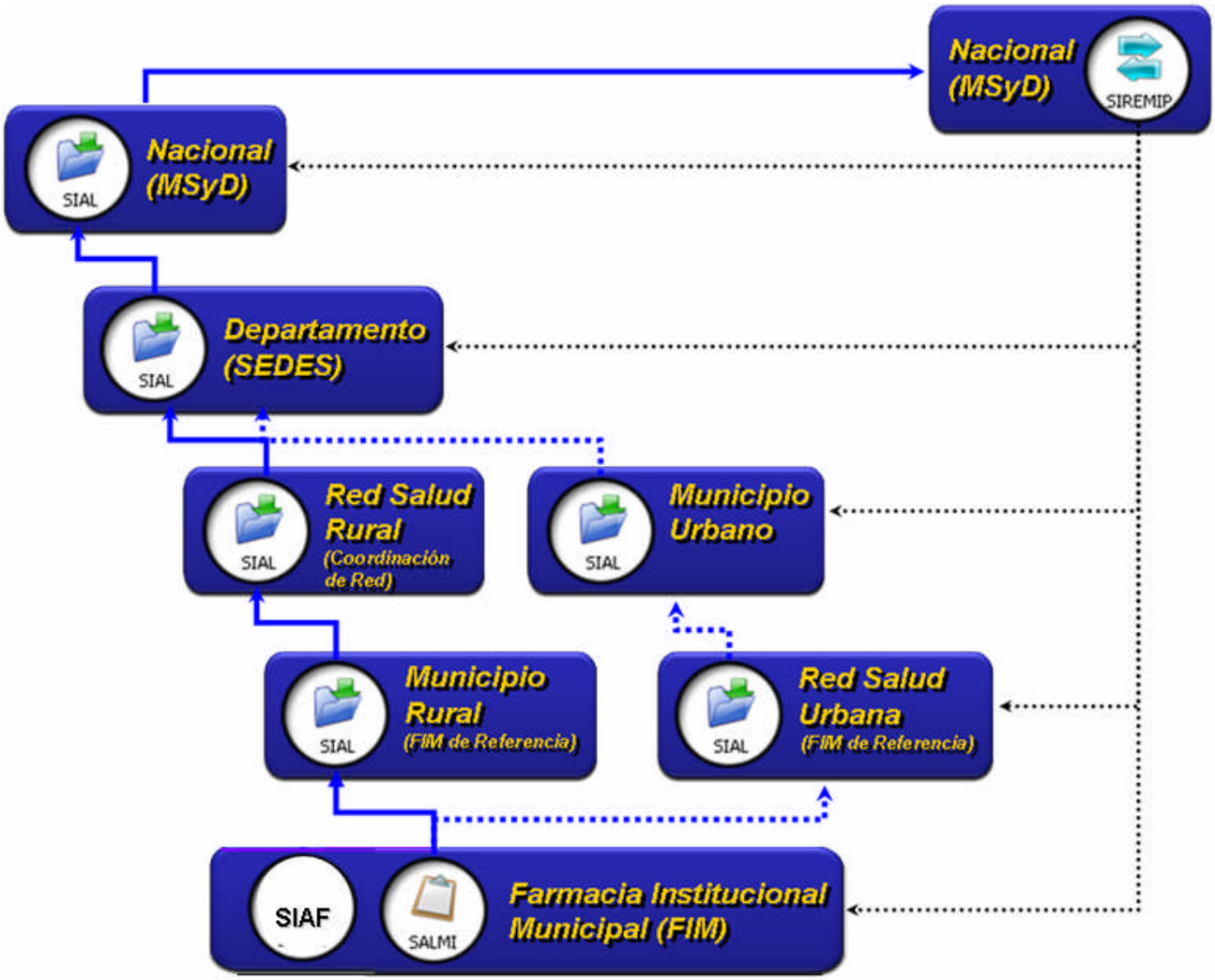
Los Remanentes Financieros de cada establecimiento son aquellos que sobran después de efectuarse la reposición de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para la atención del Seguro.
Los mismos pueden ser acumulables y usarse cuando el establecimiento lo requiera de acuerdo a lo dispuesto en la RBM 571/2003.

Todas las instancias que cuenten con el Sistema SALMI o SIAL pueden efectuar la impresión de reportes individuales y consolidados para fines administrativos, estadísticos y de control.

Los procedimientos de cobro y pago y los de consolidación y envío de la información generada por el Sistema SALMI o SIAL, descritos anteriormente, se muestran en los siguientes esquemas:


7 DÍAS
PAGO EN EFECTIVO
SALMI
ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Procedimiento Informatizado)
Reposición Trimestral de Suministros
Pago trimestral en efectivo por Remanentes
PAGO MIXTO
REPES Resumen de Prestaciones IMM
Traslado Emergencias Prest.Complementarias
3 DÍAS
2 DÍAS
2 DÍAS
1 DÍA
Documento Observado
RESPONSABLE MUNICIPAL SAFCI
COORDINACION TECNICA
DILOS
Resolución Administrativa
Documentación Original
GOBIERNO MUNICIPAL
Resumen de Prestaciones Traslado Emergencias Prest.Complementarias
3 DÍAS
Documento Observado
ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Procedimiento Manual)
REPES IMM
REPES IMM
SIAL
SIAL
FIM - R
PROCESO
ADMINISTRATIVO – FINANCIERO
SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD

SISTEMAS INFORMÁTICOS SALMI, SIAF, SIAL Y SIREMIP
FLUJO DE LA INFORMACIÓN



Descripción de instrumentos administrativos

La administración de Seguros Públicos de Salud está centrada en los Sistemas Informáticos SIREMIP, SALMI y SIAL, el mismo que permite reducir los procesos manuales y optimiza los recursos y el tiempo que el equipo de salud debe brindar a los beneficiarios.

La descripción de los Instrumentos Administrativos de ***Seguros Públicos de Salud,*** *incluye símbolos que facilitan la descripción de cada componente de los documentos:*

=Registrar o escribir; =Colocar una marca; = Información general; = Información Importante

Los documentos administrativos quedan reducidos a los necesarios para la atención de los pacientes y los considerados documentos médico – legales.

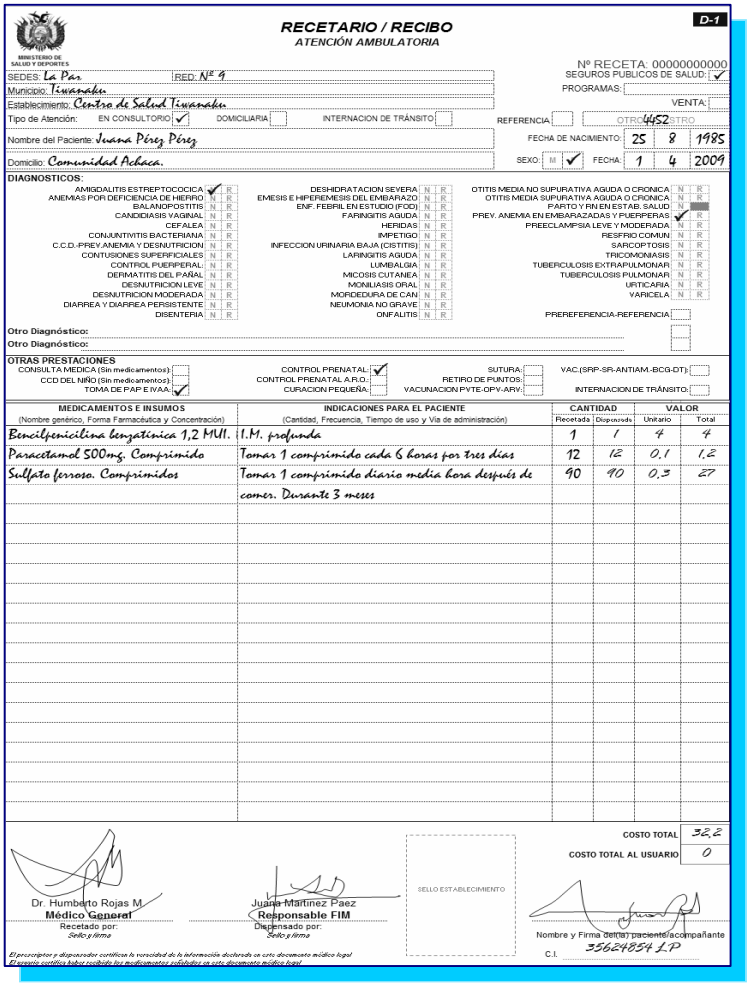
Con el fin de evitar procedimientos paralelos a la administración de ***Seguros Públicos de Salud*** *y del Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS), se utiliza el Recetario/Recibo modificado como instrumento central de la administración de Seguros y de Suministros.*

Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria *(Anexo 1)*

El Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria es un instrumento de registro diario de consumo de medicamentos e insumos que debe ser llenado por el responsable de la atención ambulatoria luego de realizar la misma; y por el dispensador al momento de entregar el suministro al beneficiario o paciente atendido.

Se constituye en un ***DOCUMENTO MÉDICO LEGAL***, debiendo ser administrado de manera adecuada por el personal responsable de su utilización.

Debe ser llenado con letra legible en un original y al menos en dos copias.



RECETARIO / RECIBO
ATENCIÓN AMBULATORIA

D-1

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Nº RECETA: 00000000000
SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD: ✓

SEDES: La Paz | RED: Nº 9
Municipio: Tiwanaku
Establecimiento: Centro de Salud Tiwanaku
PROGRAMAS:
VENTA:
Tipo de Atención: EN CONSULTORIO ✓ | DOMICILIARIA | INTERNACION DE TRÁNSITO
REFERENCIA | OTRO CENTRO: Huaj
Nombre del Paciente: Juana Pérez Pérez
FECHA DE NACIMIENTO: 25 | 8 | 1985
Domicilio: Comunidad Achaca.
SEXO: M ✓ | FECHA: 1 | 4 | 2009

DIAGNOSTICOS:

AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA ✓	DESHIDRATACION SEVERA	OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRONICA
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA O CRONICA
BALANOPOSTITIS	ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD)	PARTO Y PUERPERIO ESTAB. SALUD
CANDIDIASIS VAGINAL	FARINGITIS AGUDA	PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS ✓
CEFALEA	HERIDAS	PREECLAMPSIA LEVE Y MODERADA
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	IMPETIGO	RESFRIO COMUN
C.C.D.-PREV.ANEMIA Y DESNUTRICION	INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS)	SARCOPTOSIS
CONTUSIONES SUPERFICIALES	LARINGITIS AGUDA	TRICOMONASIS
CONTROL PUERPERAL	LUMBALGIA	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR
DERMATITIS DEL PAÑAL	MICOSIS CUTANEA	TUBERCULOSIS PULMONAR
DESNUTRICION LEVE	MONILIASIS ORAL	URTICARIA
DESNUTRICION MODERADA	MORDEDURA DE CAN	VARICELA
DIARREA Y DARREA PERSISTENTE	NEUMONIA NO GRAVE	
DISENTERIA	ONFALITIS	PREREFERENCIA-REFERENCIA

Otro Diagnóstico:
Otro Diagnóstico:

OTRAS PRESTACIONES

CONSULTA MEDICA (Sin medicamentos):	CONTROL PRENATAL: ✓	SUTURA:
CCD DEL NIÑO (Sin medicamentos):	CONTROL PRENATAL A.R.O.:	RETIRO DE PUNTOS:
TOMA DE PAP E IVAA: ✓	CURACION PEQUEÑA:	VACUNACION PVTE-OPV-ARV:
		VAC.(SRP-SR-ANTIAM.-BCG-DT):
		INTERNACION DE TRÁNSITO:

MEDICAMENTOS E INSUMOS (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	INDICACIONES PARA EL PACIENTE (Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Via de administración)	CANTIDAD Recetada	CANTIDAD Dispensada	VALOR Unitario	VALOR Total
Bencilpenicilina benzatínica 1,2 MUI.	I.M. profunda	1	1	4	4
Paracetamol 500mg. Comprimido	Tomar 1 comprimido cada 6 horas por tres dias	12	12	0.1	1.2
Sulfato ferroso. Comprimidos	Tomar 1 comprimido diario media hora después de comer. Durante 3 meses	90	90	0.3	27

COSTO TOTAL: 32,2
COSTO TOTAL AL USUARIO: 0

Dr. Humberto Rojas M.
Médico General
Recetado por:
Sello y firma

Juana Martínez Paez
Responsable FIM
Dispensado por:
Sello y firma

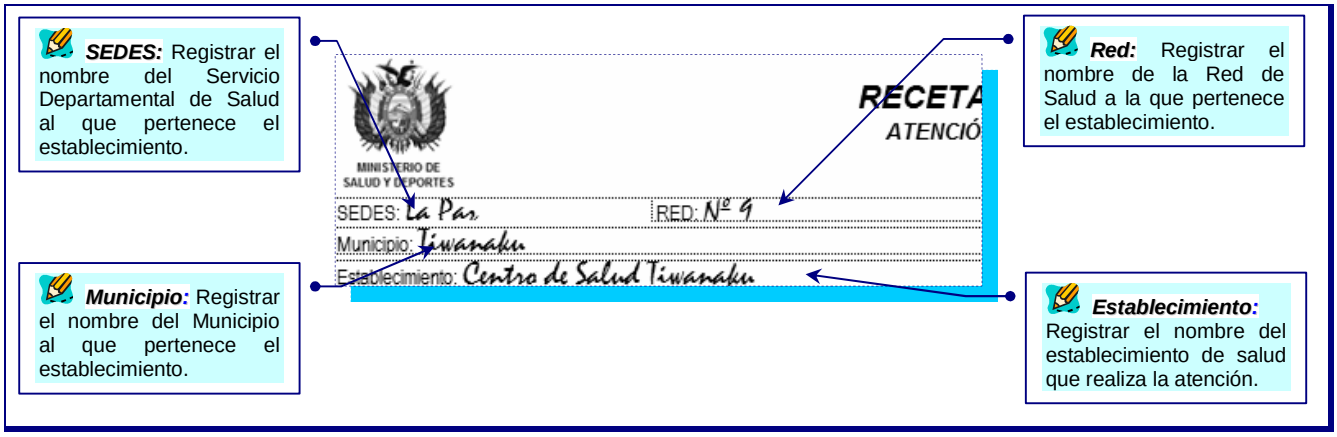
SELLO ESTABLECIMIENTO

Nombre y Firma del(la) paciente/acompañante
C.I. 3562485A LP

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Original:	*Debe ser entregado al Paciente.*
Primera copia:	*Adjuntarla al Expediente Clínico del Paciente.*
Segunda copia:	*Para el Archivo de la Farmacia Institucional Municipal.*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

A continuación se describen las características del Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria y la forma en la que debe llenarse el mismo:



SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que pertenece el establecimiento.

Red: Registrar el nombre de la Red de Salud a la que pertenece el establecimiento.

Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el establecimiento.

Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención.

Para reducir el tiempo de llenado del Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria, cada establecimiento podrá preimprimir sus datos administrativos correspondientes.

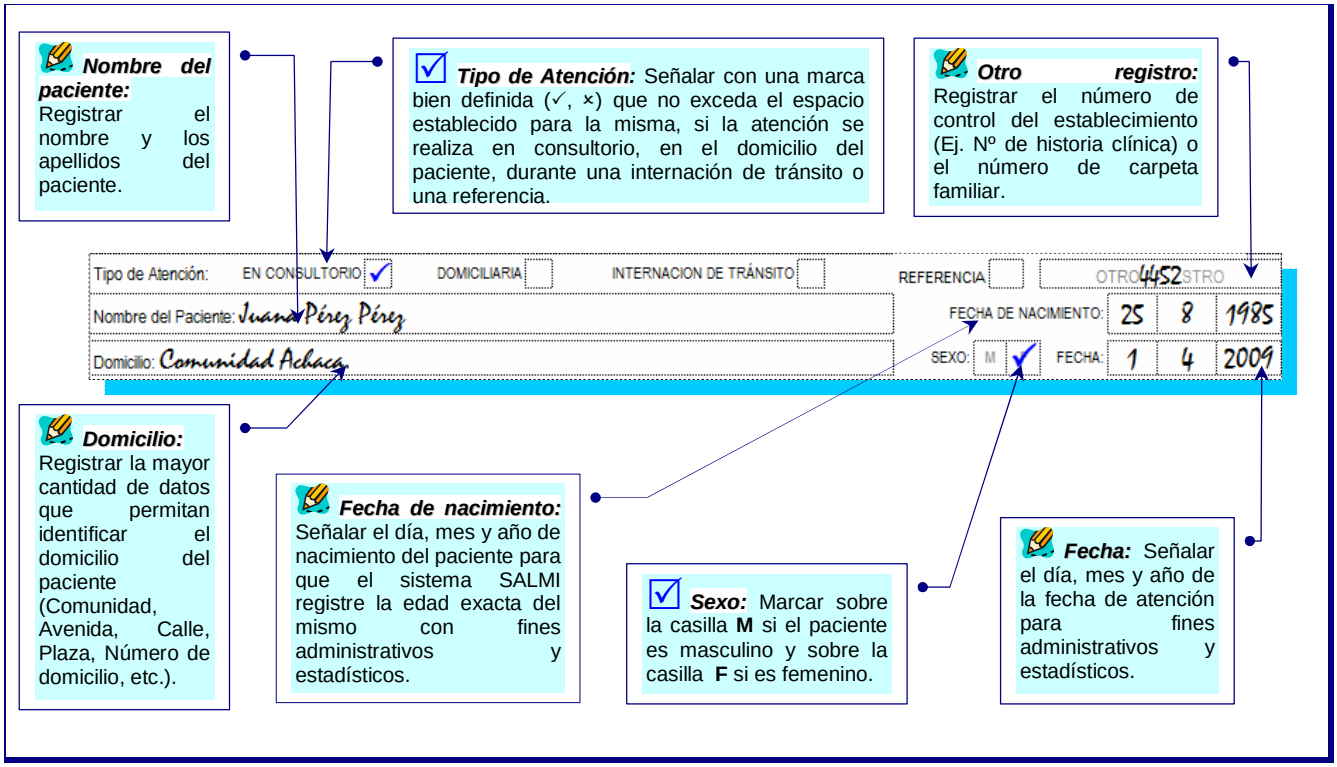
☑ ***Seguros Públicos de Salud***: Si la atención realizada corresponde a un beneficiario del SUMI o de la Ampliación de la Cobertura de aseguramiento en Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.

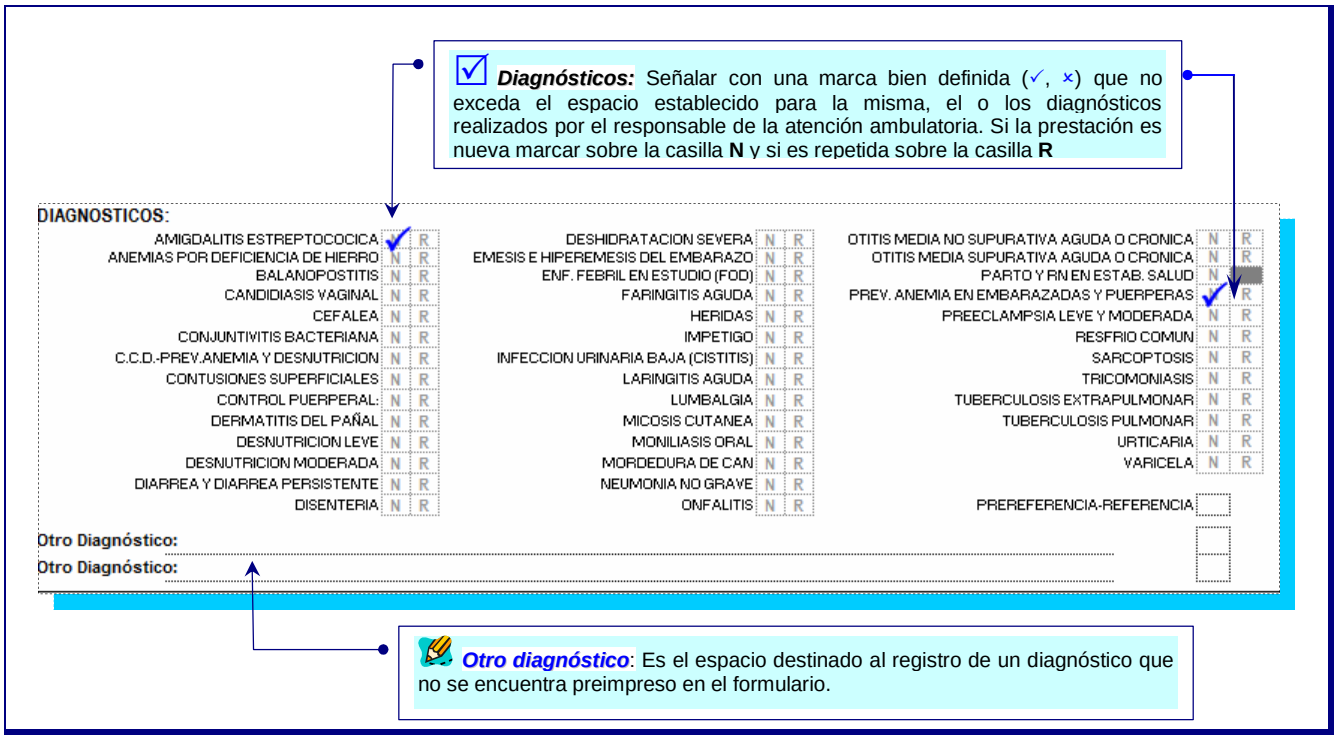
Número de Receta: Es un número correlativo preimpreso para cada Recetario/Recibo.

☑ ***VENTA***: Si la atención o los suministros tienen costo para el paciente, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.

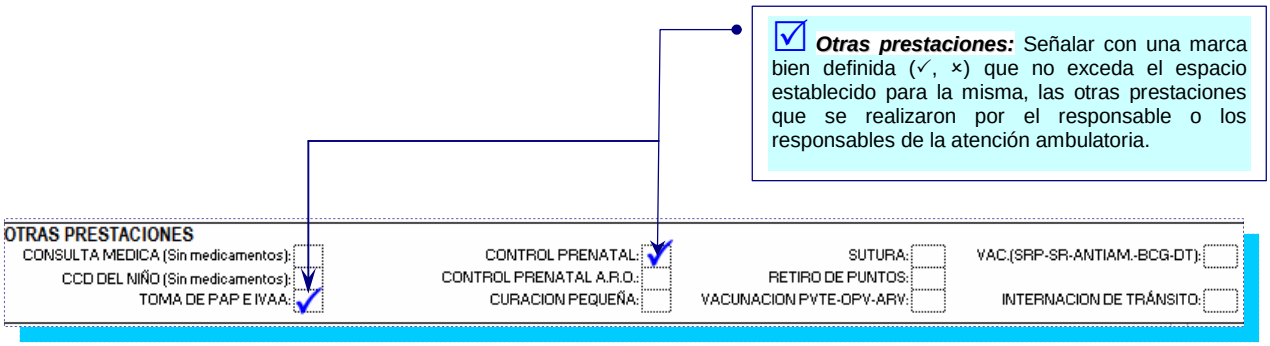
PROGRAMAS: Si la atención corresponde al SSPAM, a un Programa Nacional de Salud o Seguros regionales o municipales, registrar las siglas que identifican al mismo.

*El código de **Seguros Públicos de Salud** será construido automáticamente por el Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP e impreso en el Carnet de Afiliación correspondiente.*

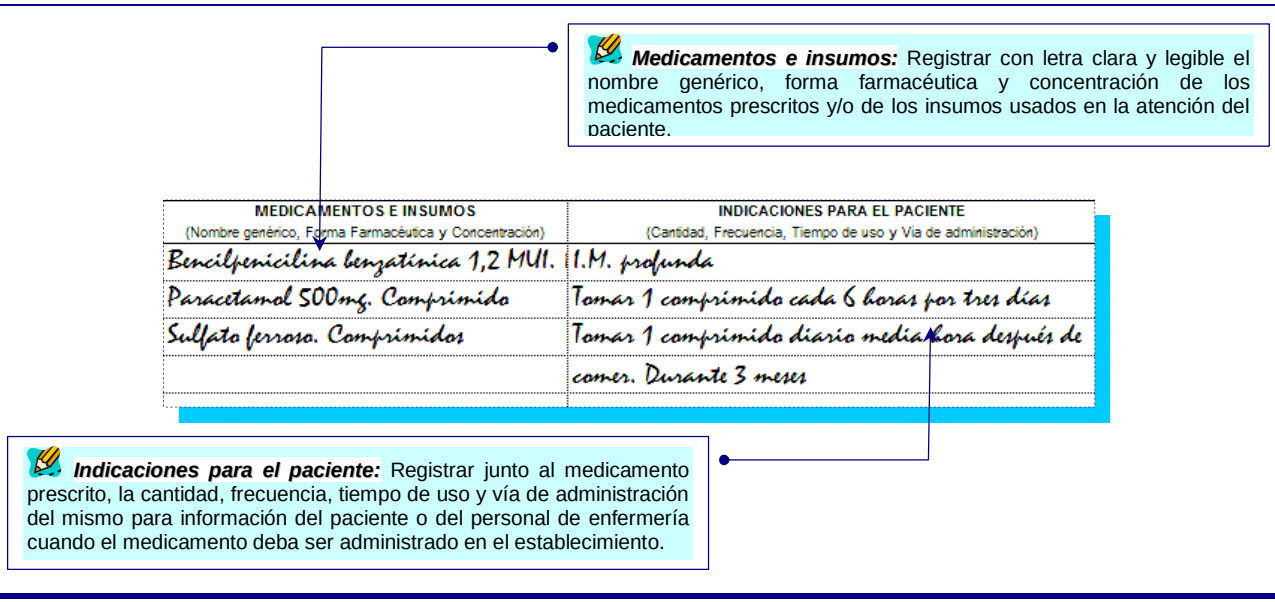

Nombre del paciente: Registrar el nombre y los apellidos del paciente.
Tipo de Atención: EN CONSULTORIO ✓ DOMICILIARIA INTERNACION DE TRÁNSITO REFERENCIA OTRO 4452
Nombre del Paciente: Juana Pérez Pérez
FECHA DE NACIMIENTO: 25 8 1985
Domicilio: Comunidad Achaca
SEXO: M ✓ FECHA: 1 4 2009
Tipo de Atención: Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, si la atención se realiza en consultorio, en el domicilio del paciente, durante una internación de tránsito o una referencia.
Otro registro: Registrar el número de control del establecimiento (Ej. Nº de historia clínica) o el número de carpeta familiar.
Domicilio: Registrar la mayor cantidad de datos que permitan identificar el domicilio del paciente (Comunidad, Avenida, Calle, Plaza, Número de domicilio, etc.).
Fecha de nacimiento: Señalar el día, mes y año de nacimiento del paciente para que el sistema SALMI registre la edad exacta del mismo con fines administrativos y estadísticos.
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.
Fecha: Señalar el día, mes y año de la fecha de atención para fines administrativos y estadísticos.


Diagnósticos: Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, el o los diagnósticos realizados por el responsable de la atención ambulatoria. Si la prestación es nueva marcar sobre la casilla N y si es repetida sobre la casilla R
DIAGNOSTICOS:
AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA ✓ R
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO N R
BALANOPOSTITIS N R
CANDIDIASIS VAGINAL N R
CEFALEA N R
CONJUNTIVITIS BACTERIANA N R
C.C.D.-PREV.ANEMIA Y DESNUTRICION N R
CONTUSIONES SUPERFICIALES N R
CONTROL PUERPERAL: N R
DERMATITIS DEL PAÑAL N R
DESNUTRICION LEVE N R
DESNUTRICION MODERADA N R
DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE N R
DISENTERIA N R
DESHIDRATACION SEVERA N R
EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO N R
ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD) N R
FARINGITIS AGUDA N R
HERIDAS N R
IMPETIGO N R
INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS) N R
LARINGITIS AGUDA N R
LUMBALGIA N R
MICOSIS CUTANEA N R
MONILIASIS ORAL N R
MORDEDURA DE CAN N R
NEUMONIA NO GRAVE N R
ONFALITIS N R
OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRONICA N R
OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA O CRONICA N R
PARTO Y RN EN ESTAB. SALUD N
PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS ✓ R
PREECLAMPSIA LEVE Y MODERADA N R
RESFRIO COMUN N R
SARCOPTOSIS N R
TRICOMONIASIS N R
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR N R
TUBERCULOSIS PULMONAR N R
URTICARIA N R
VARICELA N R
PREREFERENCIA-REFERENCIA
Otro Diagnóstico:
Otro Diagnóstico:
Otro diagnóstico: Es el espacio destinado al registro de un diagnóstico que no se encuentra preimpreso en el formulario.

Cada establecimiento de salud y cada servicio del mismo, deben realizar la selección de sus prestaciones ambulatorias más frecuentes y preimprimirlos en el Recetario/Recibo de Atención Ambulatoria, con el fin de reducir el tiempo de llenado y facilitar la trascripción correspondiente al sistema SALMI.

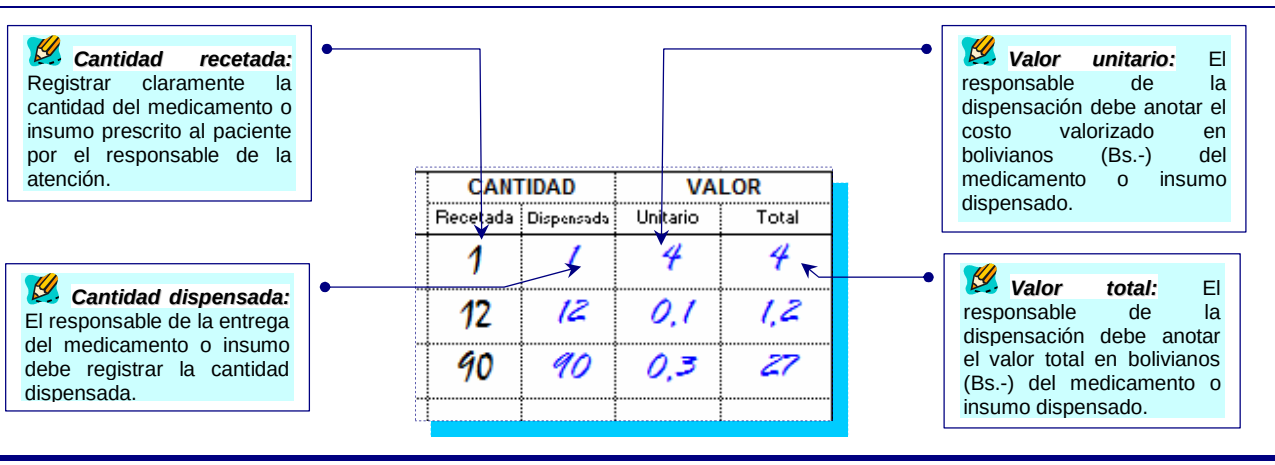


Otras prestaciones: Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, las otras prestaciones que se realizaron por el responsable o los responsables de la atención ambulatoria.


MEDICAMENTOS E INSUMOS
(Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)
INDICACIONES PARA EL PACIENTE
(Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Vía de administración)
Bencilpenicilina benzatinica 1,2 MUI.
I.M. profunda
Paracetamol 500mg. Comprimido
Tomar 1 comprimido cada 6 horas por tres días
Sulfato ferroso. Comprimidos
Tomar 1 comprimido diario media hora después de comer. Durante 3 meses

Medicamentos e insumos: Registrar con letra clara y legible el nombre genérico, forma farmacéutica y concentración de los medicamentos prescritos y/o de los insumos usados en la atención del paciente.

Indicaciones para el paciente: Registrar junto al medicamento prescrito, la cantidad, frecuencia, tiempo de uso y vía de administración del mismo para información del paciente o del personal de enfermería cuando el medicamento deba ser administrado en el establecimiento.

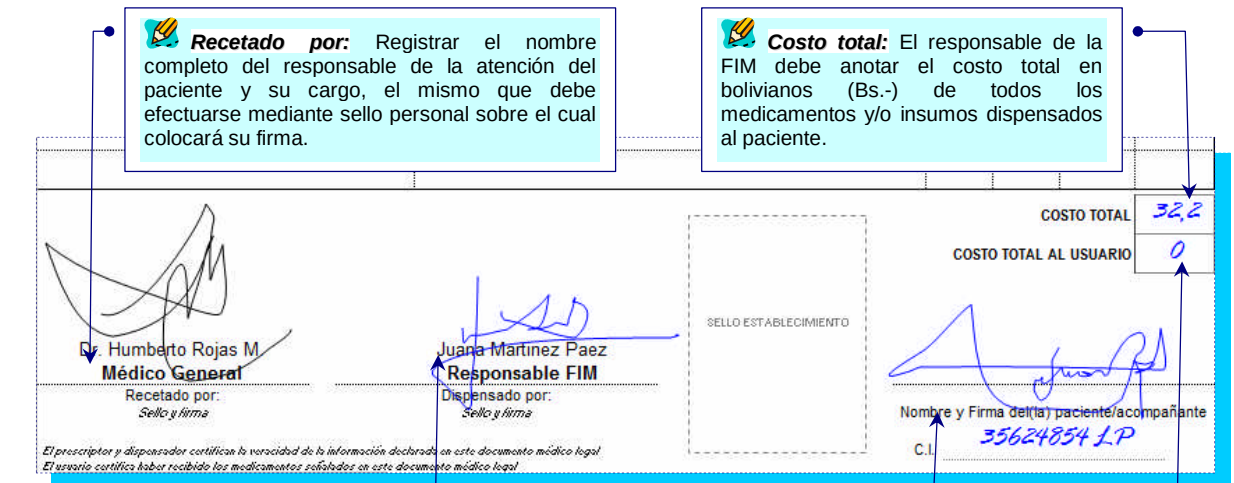


Cantidad recetada: Registrar claramente la cantidad del medicamento o insumo prescrito al paciente por el responsable de la atención.

Cantidad dispensada: El responsable de la entrega del medicamento o insumo debe registrar la cantidad dispensada.

Valor unitario: El responsable de la dispensación debe anotar el costo valorizado en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.

Valor total: El responsable de la dispensación debe anotar el valor total en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.



Recetado por: Registrar el nombre completo del responsable de la atención del paciente y su cargo, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.

Costo total: El responsable de la FIM debe anotar el costo total en bolivianos (Bs.-) de todos los medicamentos y/o insumos dispensados al paciente.

Dispensado por: Registrar el nombre completo del responsable de la dispensación de los medicamentos e insumos, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.

Nombre y firma del paciente/acompañante: Solicitar la firma del paciente y su documento de identidad para constancia de la atención y la entrega de los medicamentos y/o suministros señalados en el Recetario/Recibo. En caso que el mismo no pueda hacerlo, solicitar al acompañante del paciente que registre su nombre completo y firma.

Costo total al usuario: Si el paciente es atendido por el Seguro o por Programas Nacionales, no tiene costo; por lo cual debe anotarse Bs.-0,00.
Si se entrega medicamentos o insumos a la Venta, debe anotarse el costo pagado por el usuario.

Recetario/Recibo para la Atención del Paciente Internado (Anexo 2)

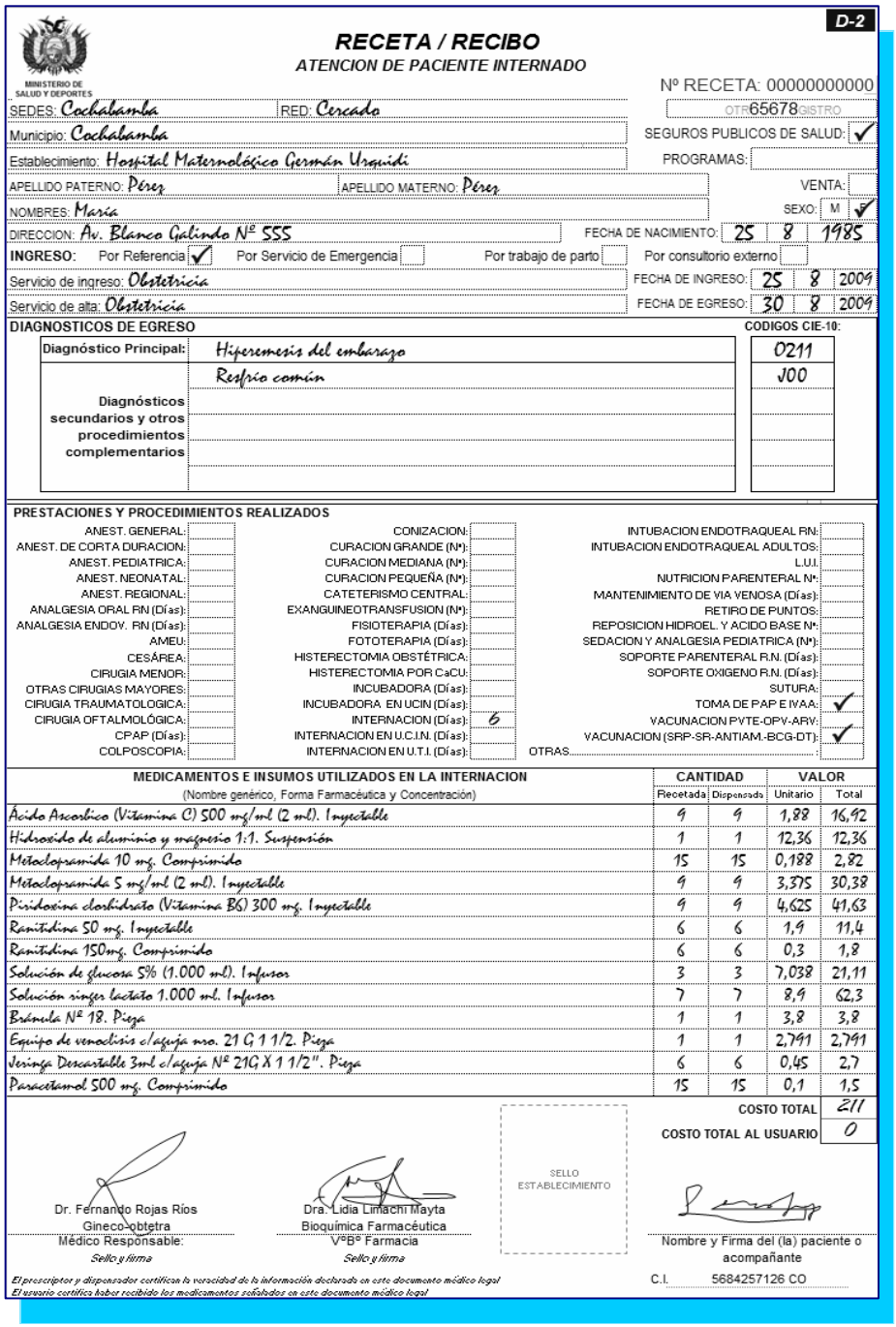
El Recetario/Recibo para la Atención de Paciente Internado es un instrumento de registro de consumo de medicamentos e insumos que debe ser llenado antes del Alta Hospitalaria del paciente por el responsable principal de la atención. Los establecimientos de salud de II y III Nivel de Atención que cuenten con el sistema SIAF adecuadamente funcionando o con un sistema de distribución interna de medicamentos que asegure el correcto control de suministros y prestaciones del Seguro, podrán **realizar prescripciones diarias o parciales de recetas** durante la internación del paciente mediante el **Documento 2a mofificado** *(ver anexo 4)*, e imprimir la receta final en el alta hospitalaria.

En Servicios donde la atención del paciente requiera la intervención de varios profesionales, el Jefe de Servicio deberá firmar el documento de descargo.

La persona responsable de la Farmacia debe dar su conformidad respecto a los suministros utilizados para la reposición del *Botiquín de Servicio*.

Se constituye en un ***DOCUMENTO MÉDICO LEGAL***, debiendo ser administrado de manera adecuada por el personal responsable de su aplicación.

El Recetario/Recibo debe ser llenado con letra legible en un original y al menos dos copias.



D-2

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

RECETA / RECIBO

ATENCION DE PACIENTE INTERNADO

Nº RECETA: 00000000000

SEDES: Cochabamba | RED: Cercado | OTB: 65678 REGISTRO

Municipio: Cochabamba | SEGUROS PUBLICOS DE SALUD: ✓

Establecimiento: Hospital Maternológico Germán Urquidi | PROGRAMAS:

APELLIDO PATERNO: Pérez | APELLIDO MATERNO: Pérez | VENTA:

NOMBRES: María | SEXO: M ✓

DIRECCION: Av. Blanco Galindo Nº 555 | FECHA DE NACIMIENTO: 25 8 1985

INGRESO: Por Referencia ✓ | Por Servicio de Emergencia | Por trabajo de parto | Por consultorio externo

Servicio de ingreso: Obstetricia | FECHA DE INGRESO: 25 8 2004

Servicio de alta: Obstetricia | FECHA DE EGRESO: 30 8 2004

DIAGNOSTICOS DE EGRESO | **CODIGOS CIE-10:**

Diagnóstico Principal:	Hiperemesis del embarazo	O211
Diagnósticos secundarios y otros procedimientos complementarios	Resfrio común	J00

PRESTACIONES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ANEST. GENERAL:		CONIZACION:		INTUBACION ENDOTRAQUEAL RN:	
ANEST. DE CORTA DURACION:		CURACION GRANDE (Nº):		INTUBACION ENDOTRAQUEAL ADULTOS:	
ANEST. PEDIATRICA:		CURACION MEDIANA (Nº):		I.U.I.	
ANEST. NEONATAL:		CURACION PEQUEÑA (Nº):		NUTRICION PARENTERAL Nº:	
ANEST. REGIONAL:		CATETERISMO CENTRAL:		MANTENIMIENTO DE VIA VENOSA (Días):	
ANALGESIA ORAL RN (Días):		EXANGUINEOTRANSFUSION (Nº):		RETIRO DE PUNTOS:	
ANALGESIA ENDOV. RN (Días):		FISIOTERAPIA (Días):		REPOSICION HIDROEL. Y ACIDO BASE Nº:	
AMEU:		FOTOTERAPIA (Días):		SEDACION Y ANALGESIA PEDIATRICA (Nº):	
CESÁREA:		HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA:		SOPORTE PARENTERAL R.N. (Días):	
CIRUGIA MENOR:		HISTERECTOMIA POR CaCU:		SOPORTE OXIGENO R.N. (Días):	
OTRAS CIRUGIAS MAYORES:		INCUBADORA (Días):		SUTURA:	
CIRUGIA TRAUMATOLOGICA:		INCUBADORA EN UCIN (Días):		TOMA DE PAP E IVAA:	✓
CIRUGIA OFTALMOLÓGICA:		INTERNACION (Días):	6	VACUNACION PVTE-OPV-ARV:	
CPAP (Días):		INTERNACION EN U.C.I.N. (Días):		VACUNACION (SRP-SR-ANTIAM.-BCG-DT):	✓
COLPOSCOPIA:		INTERNACION EN U.T.I. (Días):		OTRAS...	

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA INTERNACION (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	CANTIDAD Recetada	CANTIDAD Dispensada	VALOR Unitario	VALOR Total
Ácido Ascorbico (Vitamina C) 500 mg/ml (2 ml). Inyectable	9	9	1,88	16,92
Hidroxido de aluminio y magnesio 1:1. Suspensión	1	1	12,36	12,36
Metoclopramida 10 mg. Comprimido	15	15	0,188	2,82
Metoclopramida 5 mg/ml (2 ml). Inyectable	9	9	3,375	30,38
Piridoxina clorhidrato (Vitamina B6) 300 mg. Inyectable	9	9	4,625	41,63
Ranitidina 50 mg. Inyectable	6	6	1,9	11,4
Ranitidina 150mg. Comprimido	6	6	0,3	1,8
Solución de glucosa 5% (1.000 ml). Infusor	3	3	7,038	21,11
Solución ringer lactato 1.000 ml. Infusor	7	7	8,9	62,3
Bránula Nº 18. Pieza	1	1	3,8	3,8
Equipo de venoclisis c/aguja nro. 21 G 1 1/2. Pieza	1	1	2,791	2,791
Jeringa Descartable 3ml c/aguja Nº 21G X 1 1/2". Pieza	6	6	0,45	2,7
Paracetamol 500 mg. Comprimido	15	15	0,1	1,5

COSTO TOTAL: 211

COSTO TOTAL AL USUARIO: 0

Dr. Fernando Rojas Ríos
Gineco-obtetra
Médico Responsable:
Sello y firma

Dra. Lidia Limachi Mayta
Bioquímica Farmacéutica
VºBº Farmacia
Sello y firma

SELLO ESTABLECIMIENTO

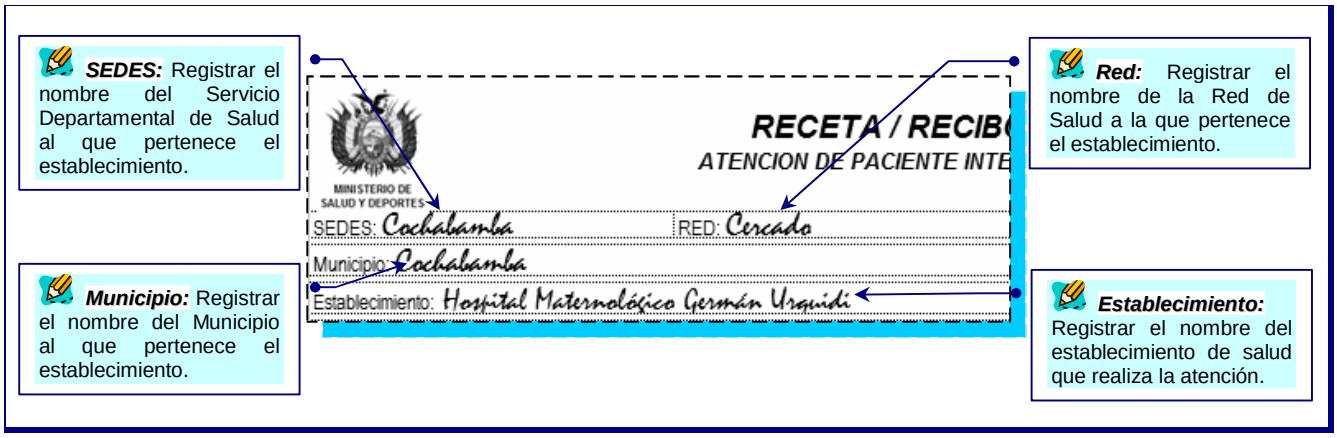
Nombre y Firma del (la) paciente o acompañante

C.I. 5684257126 CO

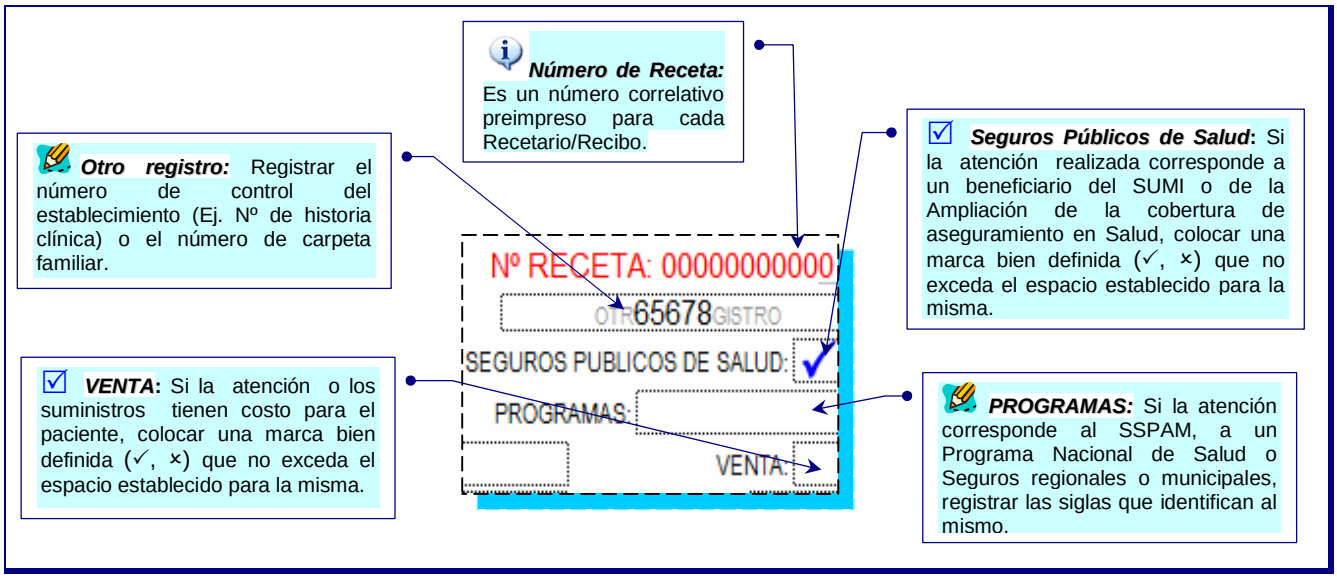
El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Original:	*Debe ser entregado al Paciente.*
Primera copia:	*Adjuntarla al Expediente Clínico del Paciente.*
Segunda copia:	*Para el Archivo de la Farmacia Institucional Municipal.*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

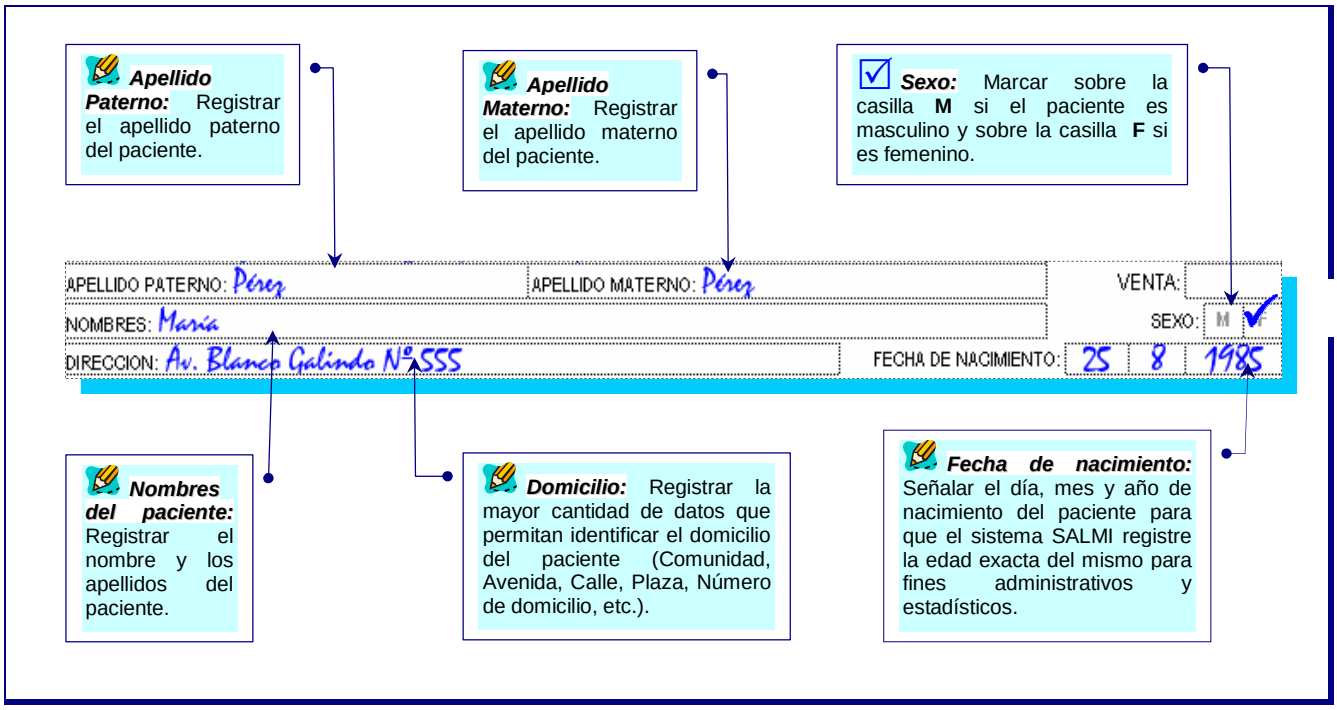
A continuación se describen las características del Recetario/Recibo de Atención de Paciente Internado y la forma cómo debe llenarse el mismo:

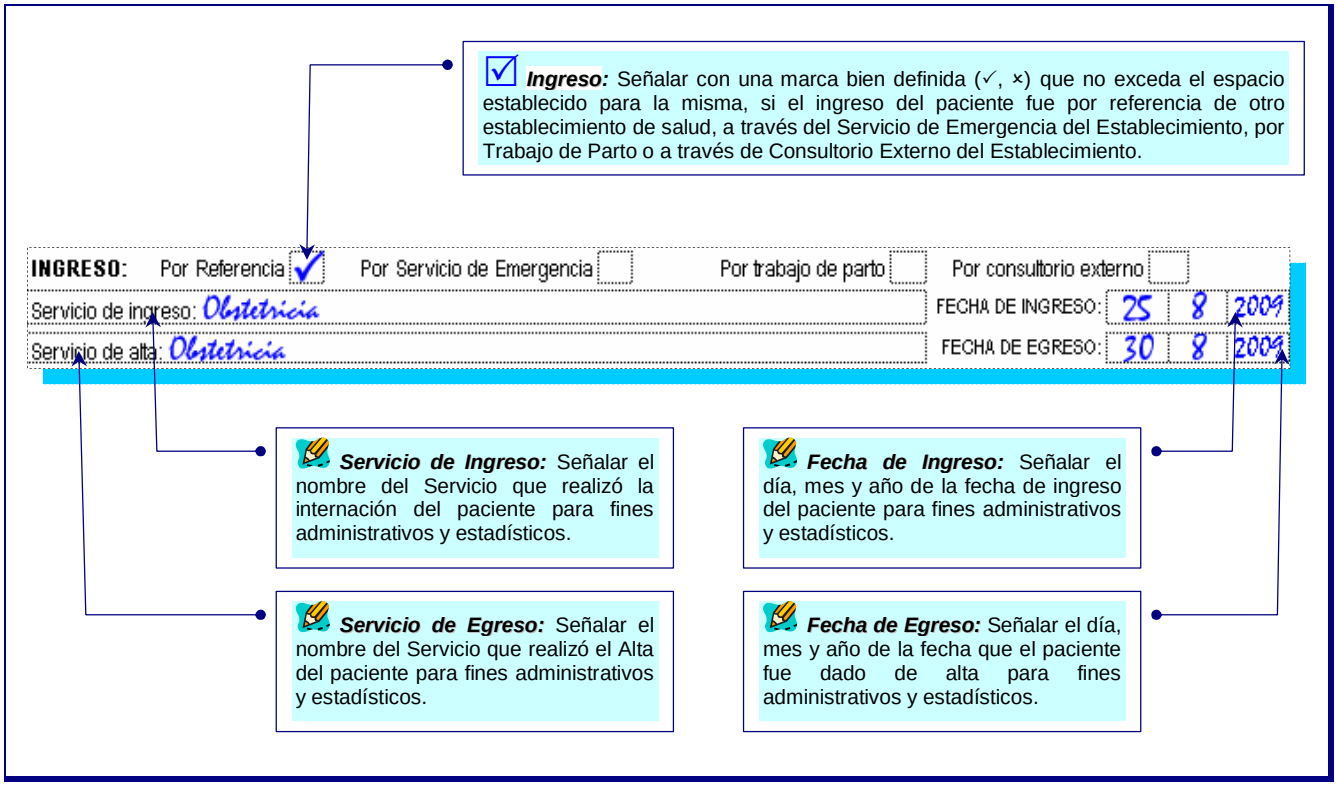

SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que pertenece el establecimiento.
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud a la que pertenece el establecimiento.
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
RECETA / RECIB
ATENCION DE PACIENTE INTE
SEDES: Cochabamba
RED: Cercado
Municipio: Cochabamba
Establecimiento: Hospital Maternológico Germán Urquidi
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el establecimiento.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención.

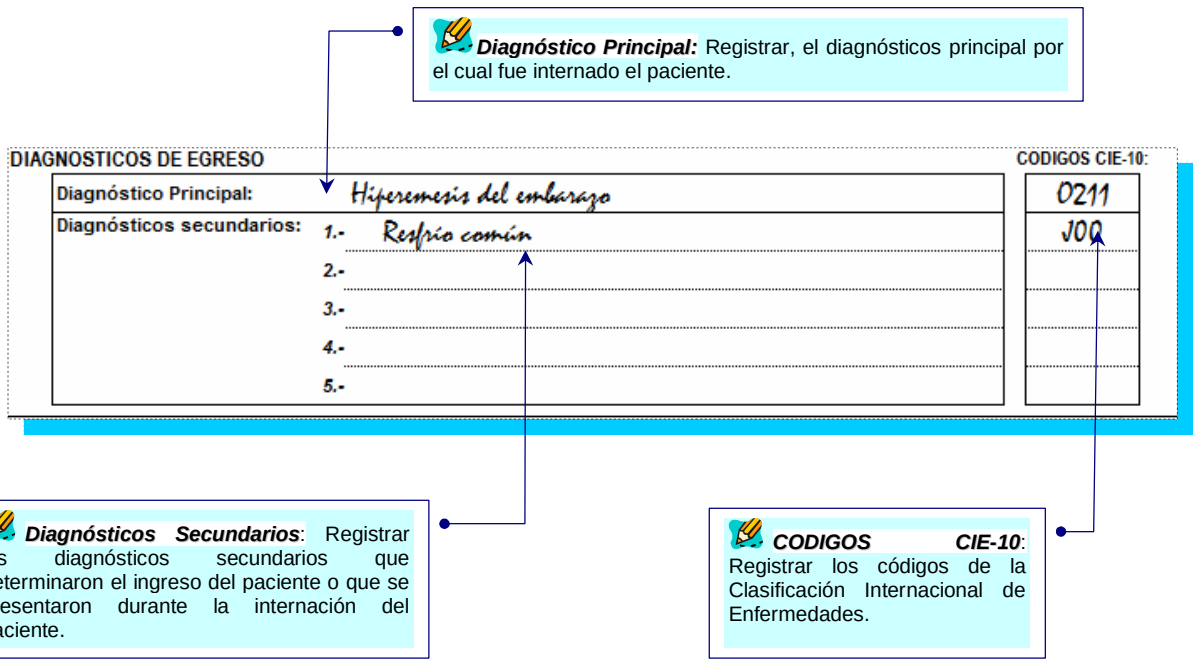
Para reducir el tiempo de llenado del Recetario/Recibo, cada establecimiento podrá preimprimir sus datos administrativos que le corresponden.

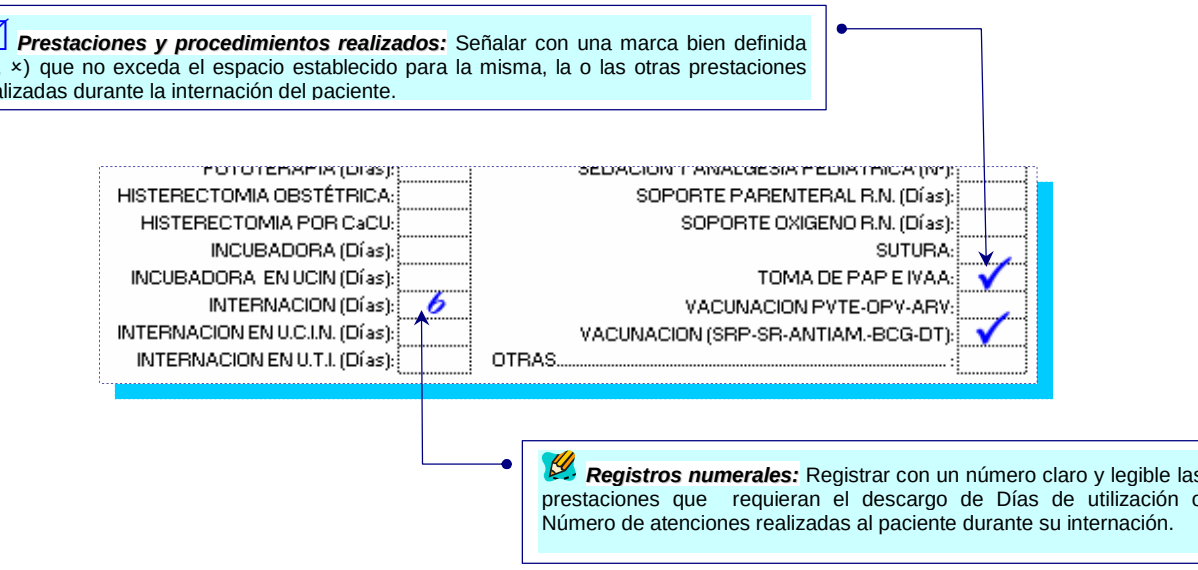

Número de Receta: Es un número correlativo preimpreso para cada Recetario/Recibo.
Otro registro: Registrar el número de control del establecimiento (Ej. Nº de historia clínica) o el número de carpeta familiar.
Seguros Públicos de Salud: Si la atención realizada corresponde a un beneficiario del SUMI o de la Ampliación de la cobertura de aseguramiento en Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
Nº RECETA: 00000000000
OTR 65678 GISTRO
SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:
PROGRAMAS:
VENTA:
VENTA: Si la atención o los suministros tienen costo para el paciente, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
PROGRAMAS: Si la atención corresponde al SSPAM, a un Programa Nacional de Salud o Seguros regionales o municipales, registrar las siglas que identifican al mismo.

*El código de **Seguros Públicos de Salud** será construido automáticamente por el Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP e impreso en el Carnet de Afiliación del Seguro.*


Apellido Paterno: Registrar el apellido paterno del paciente.
Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.
APELLIDO PATERNO: Pérez
APELLIDO MATERNO: Pérez
VENTA:
NOMBRES: María
SEXO: M F
DIRECCION: Av. Blanco Galindo Nº555
FECHA DE NACIMIENTO: 25 8 1985
Nombres del paciente: Registrar el nombre y los apellidos del paciente.
Domicilio: Registrar la mayor cantidad de datos que permitan identificar el domicilio del paciente (Comunidad, Avenida, Calle, Plaza, Número de domicilio, etc.).
Fecha de nacimiento: Señalar el día, mes y año de nacimiento del paciente para que el sistema SALMI registre la edad exacta del mismo para fines administrativos y estadísticos.

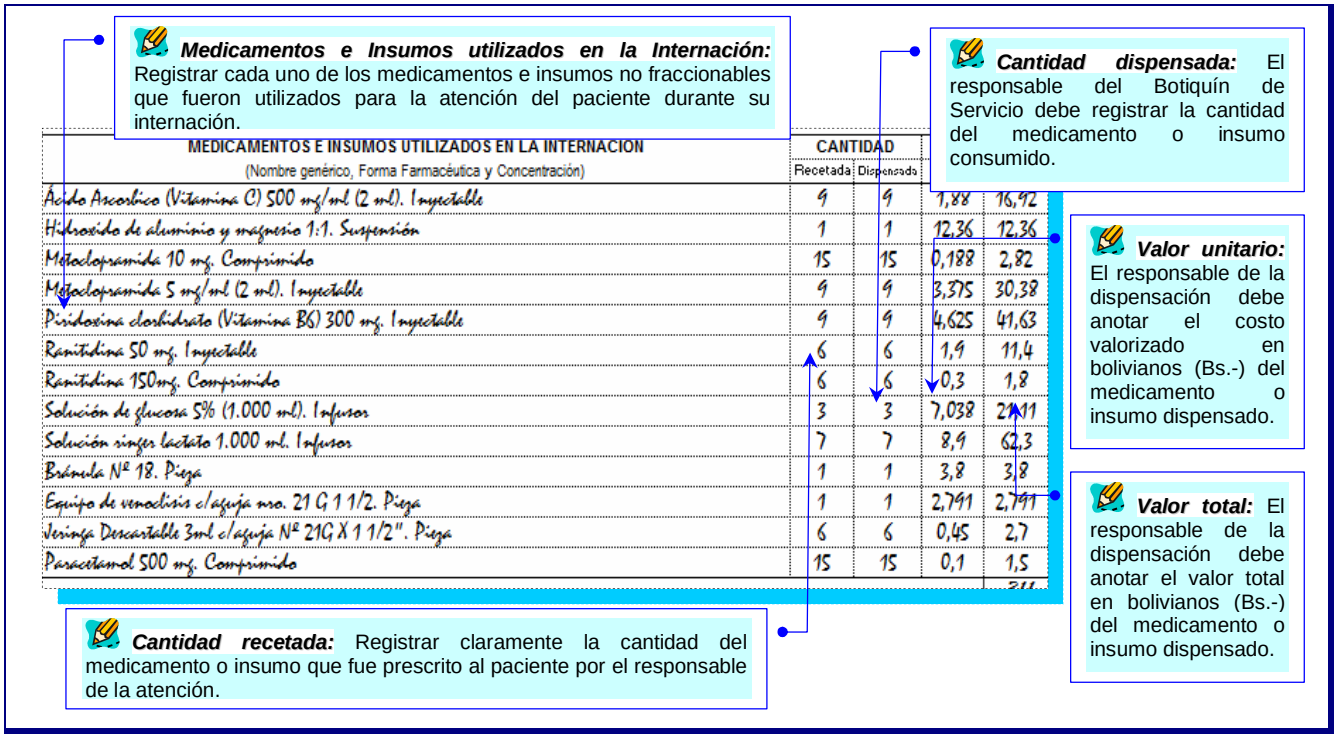

Ingreso: Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, si el ingreso del paciente fue por referencia de otro establecimiento de salud, a través del Servicio de Emergencia del Establecimiento, por Trabajo de Parto o a través de Consultorio Externo del Establecimiento.
INGRESO: Por Referencia ✓ Por Servicio de Emergencia Por trabajo de parto Por consultorio externo
Servicio de ingreso: Obstetricia
FECHA DE INGRESO: 25 8 2009
Servicio de alta: Obstetricia
FECHA DE EGRESO: 30 8 2009
Servicio de Ingreso: Señalar el nombre del Servicio que realizó la internación del paciente para fines administrativos y estadísticos.
Fecha de Ingreso: Señalar el día, mes y año de la fecha de ingreso del paciente para fines administrativos y estadísticos.
Servicio de Egreso: Señalar el nombre del Servicio que realizó el Alta del paciente para fines administrativos y estadísticos.
Fecha de Egreso: Señalar el día, mes y año de la fecha que el paciente fue dado de alta para fines administrativos y estadísticos.


Diagnóstico Principal: Registrar, el diagnósticos principal por el cual fue internado el paciente.
DIAGNOSTICOS DE EGRESO
CODIGOS CIE-10:
Diagnóstico Principal:
Hiperemesis del embarazo
0211
Diagnósticos secundarios:
1.- Resfrio común
J00
2.-
3.-
4.-
5.-
Diagnósticos Secundarios: Registrar los diagnósticos secundarios que determinaron el ingreso del paciente o que se presentaron durante la internación del paciente.
CODIGOS CIE-10: Registrar los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades.


Prestaciones y procedimientos realizados: Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, la o las otras prestaciones realizadas durante la internación del paciente.
HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA:
HISTERECTOMIA POR CaCU:
INCUBADORA (Días):
INCUBADORA EN UCIN (Días):
INTERNACION (Días): 6
INTERNACION EN U.C.I.N. (Días):
INTERNACION EN U.T.I. (Días):
SOPORTE PARENTERAL R.N. (Días):
SOPORTE OXIGENO R.N. (Días):
SUTURA:
TOMA DE PAP E IVAA: ✓
VACUNACION PVTE-OPV-ARV:
VACUNACION (SRP-SR-ANTIAM.-BCG-DT): ✓
OTRAS
Registros numerales: Registrar con un número claro y legible las prestaciones que requieran el descargo de Días de utilización o Número de atenciones realizadas al paciente durante su internación.

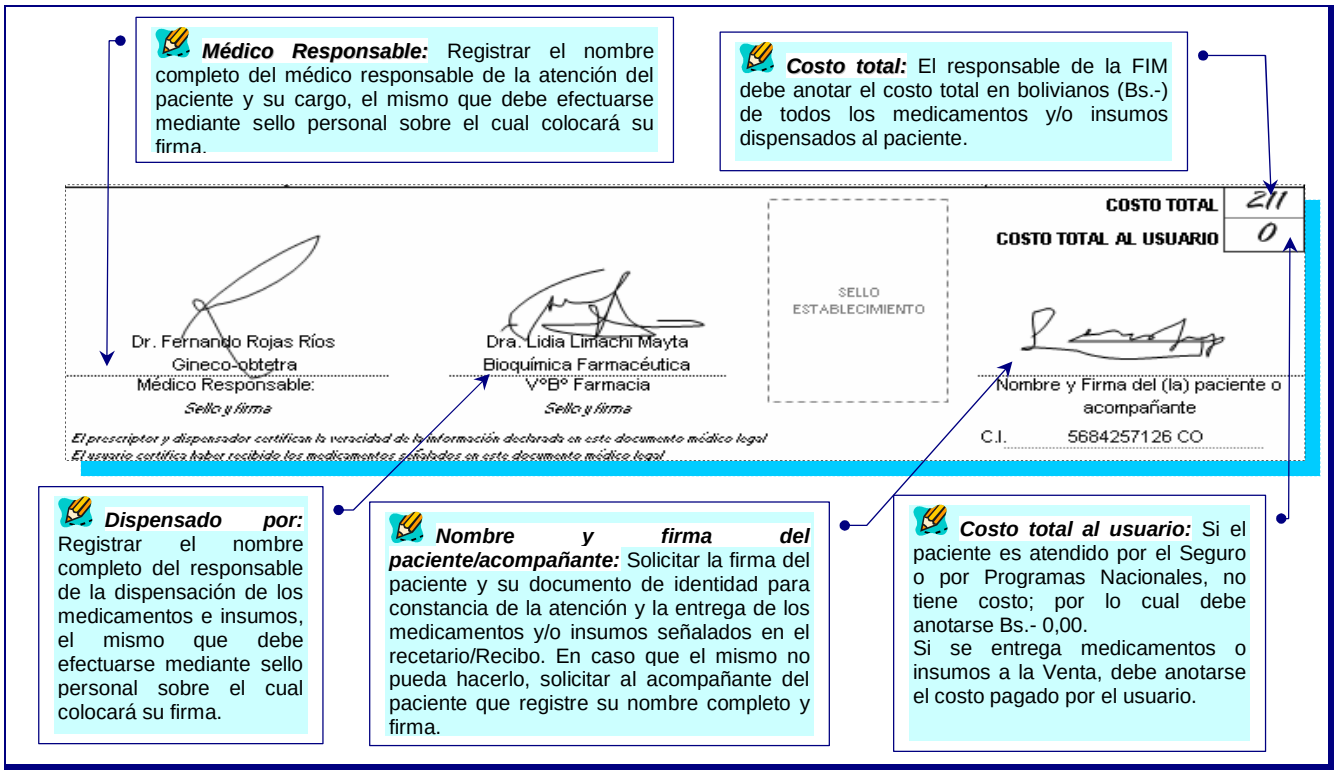
Cada establecimiento de salud y cada servicio del mismo podrán realizar la selección de sus prestaciones más frecuentes y preimprimirlos en el Recetario/Recibo con el fin de reducir el tiempo de llenado y facilitar la trascripción correspondiente al sistema SALMI.

Se recomienda al Equipo de Salud, llevar el registro diario de cada medicamento e insumo utilizado por el paciente internado con el fin de facilitar su consolidación y registro en el Recetario/Recibo en el momento del Alta Hospitalaria.


Medicamentos e Insumos utilizados en la Internación: Registrar cada uno de los medicamentos e insumos no fraccionables que fueron utilizados para la atención del paciente durante su internación.
Cantidad dispensada: El responsable del Botiquín de Servicio debe registrar la cantidad del medicamento o insumo consumido.
Valor unitario: El responsable de la dispensación debe anotar el costo valorizado en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.
Valor total: El responsable de la dispensación debe anotar el valor total en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.
Cantidad recetada: Registrar claramente la cantidad del medicamento o insumo que fue prescrito al paciente por el responsable de la atención.
MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA INTERNACION
(Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)
CANTIDAD
Recetada
Dispensada
Ácido Ascorbico (Vitamina C) 500 mg/ml (2 ml). Inyectable 4 4 1,88 16,92
Hidroxido de aluminio y magnesio 1:1. Suspensión 1 1 12,36 12,36
Metoclopramida 10 mg. Comprimido 15 15 0,188 2,82
Metoclopramida 5 mg/ml (2 ml). Inyectable 4 4 3,375 30,38
Piridoxina clorhidrato (Vitamina B6) 300 mg. Inyectable 4 4 4,625 41,63
Ranitidina 50 mg. Inyectable 6 6 1,9 11,4
Ranitidina 150mg. Comprimido 6 6 0,3 1,8
Solución de glucosa 5% (1.000 ml). Infusor 3 3 7,038 21,11
Solución ringer lactato 1.000 ml. Infusor 7 7 8,9 62,3
Bránula Nº 18. Pieza 1 1 3,8 3,8
Equipo de venoclisis c/aguja nro. 21 G 1 1/2. Pieza 1 1 2,791 2,791
Jeringa Descartable 3ml c/aguja Nº 21G X 1 1/2". Pieza 6 6 0,45 2,7
Paracetamol 500 mg. Comprimido 15 15 0,1 1,5

20

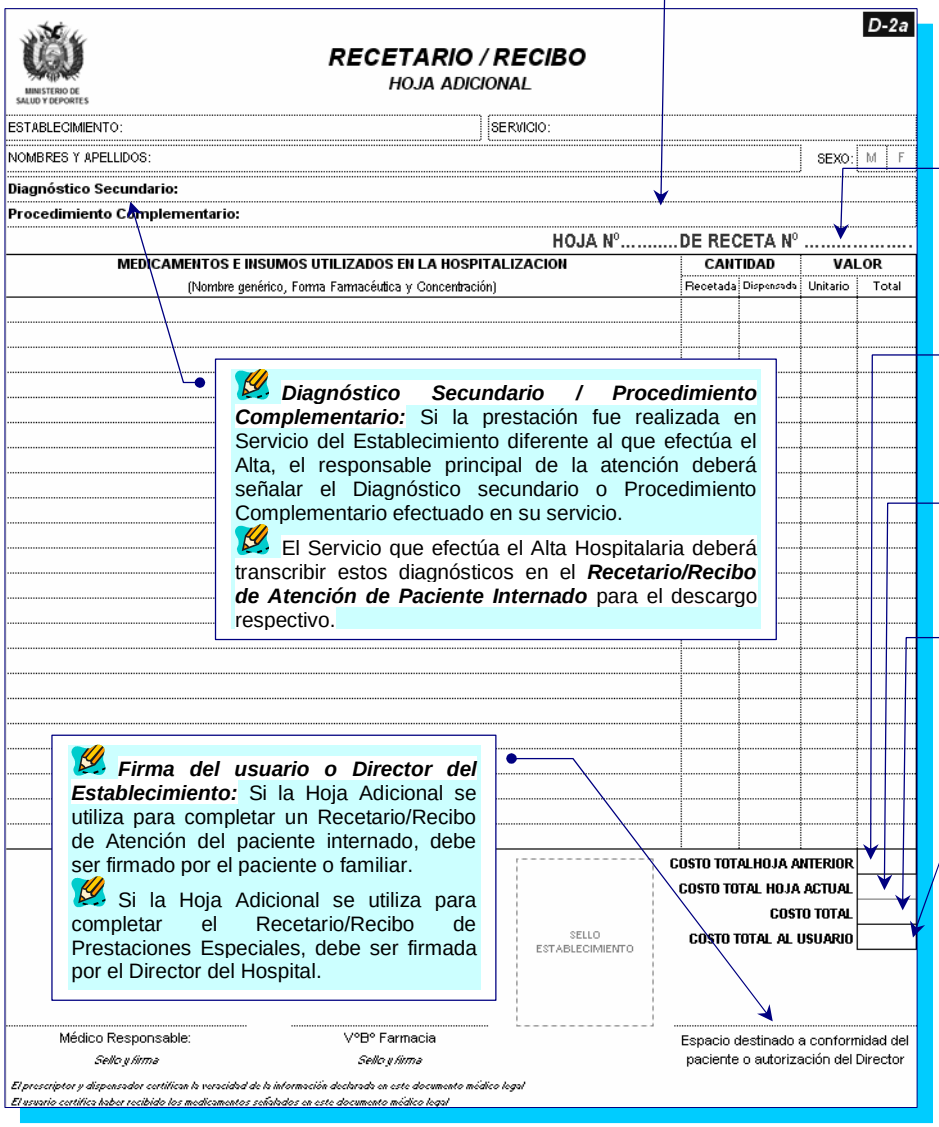
La persona responsable de la FIM del establecimiento, deberá efectuar el control del consumo de medicamentos e insumos declarado por el servicio, con el fin de efectuar la reposición del Botiquín de Servicio.


Médico Responsable: Registrar el nombre completo del médico responsable de la atención del paciente y su cargo, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.
Costo total: El responsable de la FIM debe anotar el costo total en bolivianos (Bs.-) de todos los medicamentos y/o insumos dispensados al paciente.
COSTO TOTAL 211
COSTO TOTAL AL USUARIO 0
Dr. Fernando Rojas Ríos
Gineco-obtetra
Médico Responsable:
Sello y firma
Dra. Lidia Limachi Mayta
Bioquímica Farmacéutica
V°B° Farmacia
Sello y firma
SELLO ESTABLECIMIENTO
Nombre y Firma del (la) paciente o acompañante
C.I. 5684257126 CO
El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal
Dispensado por: Registrar el nombre completo del responsable de la dispensación de los medicamentos e insumos, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.
Nombre y firma del paciente/acompañante: Solicitar la firma del paciente y su documento de identidad para constancia de la atención y la entrega de los medicamentos y/o insumos señalados en el recetario/Recibo. En caso que el mismo no pueda hacerlo, solicitar al acompañante del paciente que registre su nombre completo y firma.
Costo total al usuario: Si el paciente es atendido por el Seguro o por Programas Nacionales, no tiene costo; por lo cual debe anotarse Bs.- 0,00.
Si se entrega medicamentos o insumos a la Venta, debe anotarse el costo pagado por el usuario.

El Médico responsable de certificar las Prestaciones de atención del paciente internado en Establecimientos de Salud donde trabajan varios médicos, será el Jefe del Servicio que deberá verificar previamente el correcto descargo de prestaciones y suministros.

Recetario/Recibo Hoja Adicional (Anexo 3)

Si la cantidad de suministros utilizados supera el espacio destinado para el registro en el Recetario/Recibo de Atención del Paciente Internado o del Recetario/Recibo de Prestaciones Especiales, o el paciente fue atendido por dos o más Servicios del mismo Establecimiento, podrá emplearse la Hoja Adicional destinada para ese fin siguiendo los siguientes pasos:



Hoja Nº: Registrar el número correlativo de hoja que corresponda al Recetario/Recibo Adicional. (Iniciar con Nº 1 para la primera hoja adicional)

De Receta Nº: Registrar el número correlativo del Recetario/Recibo con el que se inició el descargo de suministros y prestaciones.

Diagnóstico Secundario / Procedimiento Complementario: Si la prestación fue realizada en Servicio del Establecimiento diferente al que efectúa el Alta, el responsable principal de la atención deberá señalar el Diagnóstico secundario o Procedimiento Complementario efectuado en su servicio.

El Servicio que efectúa el Alta Hospitalaria deberá transcribir estos diagnósticos en el ***Recetario/Recibo de Atención de Paciente Internado*** para el descargo respectivo.

Costo total hoja anterior: Registrar el costo total de la hoja correlativa anterior.

Costo total hoja actual: Registrar el costo total del Recetario/Recibo actual.

Costo total: Registrar el costo total obtenido por la suma de los costos totales señalados en las casillas Costo Total hoja anterior y Costo Total hoja actual.

Firma del usuario o Director del Establecimiento: Si la Hoja Adicional se utiliza para completar un Recetario/Recibo de Atención del paciente internado, debe ser firmado por el paciente o familiar.

Si la Hoja Adicional se utiliza para completar el Recetario/Recibo de Prestaciones Especiales, debe ser firmada por el Director del Hospital.

Costo total al usuario: Si el paciente es atendido por el Seguro o por Programas Nacionales, no tiene costo; por lo cual debe anotarse Bs.-0,00. Si se entrega medicamentos o insumos a la Venta, debe anotarse el costo pagado por el usuario.

*Los establecimientos de salud de II y III Nivel de Atención que **realizan prescripciones diarias o parciales de recetas** durante la internación del paciente, podrán modificar el Documento 2a añadiendo un espacio para la **Edad** del paciente y **Fecha de prescripción** y sustituyendo la palabra **Diagnóstico secundario** por **Diagnóstico** (Para más detalles ver el Anexo 4).*

*Si un establecimiento de salud realizó la atención del paciente internado en diferentes servicios; deberá identificar a los servicios que realizaron las prestaciones de **diagnósticos secundarios y procedimientos complementarios** para que puedan descargarlas a través del Recetario/Recibo Adicional, el mismo que deberá ser firmado por el responsable principal de la atención o el responsable principal del servicio.*

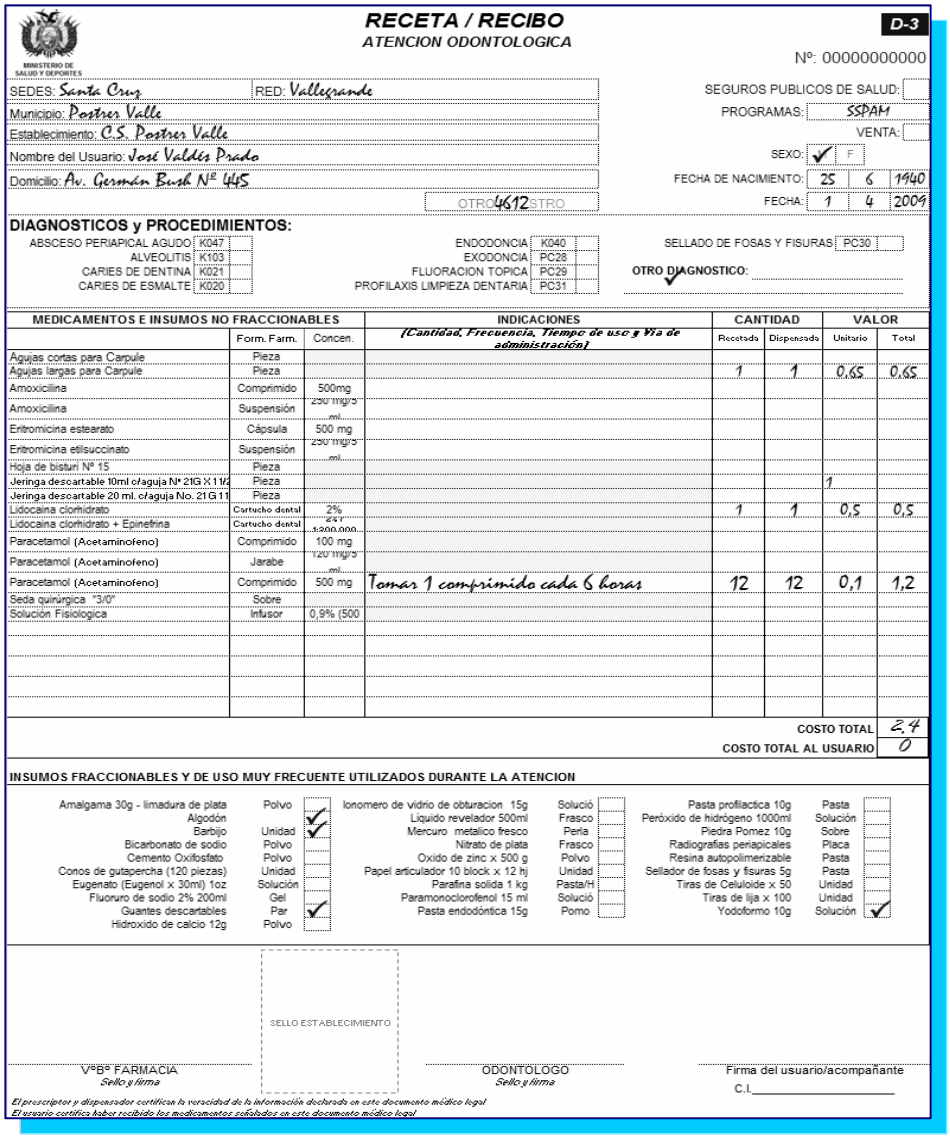
Original:	*Debe ser entregado al Paciente.*
Primera copia:	*Adjuntarla al Expediente Clínico del Paciente.*
Segunda copia:	*Para el Archivo de la Farmacia Institucional Municipal.*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

Recetario/Recibo de atención odontológica (Anexo 5)

El Recetario/Recibo de atención odontológica es un instrumento de registro de consumo diario de medicamentos e insumos que debe ser llenado por el odontólogo del establecimiento luego de realizar la misma; y revisado y firmado por el responsable de Farmacia al efectuar la reposición del Botiquín del Servicio Odontológico.

Se constituye en un ***DOCUMENTO MÉDICO LEGAL***, debiendo ser administrado de manera adecuada por el personal responsable de su aplicación.

El Recetario/Recibo debe ser llenado con letra legible en un original y al menos dos copias.



RECETA / RECIBO
ATENCION ODONTOLOGICA

D-3

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Nº: 00000000000

SEDES: Santa Cruz | RED: Valleyrande
Municipio: Postrer Valle
Establecimiento: C.S. Postrer Valle
Nombre del Usuario: José Valdés Prado
Domicilio: Av. Germán Busch Nº 445
OTRO 4612 OTRO

SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:
PROGRAMAS: SSPAM
VENTA:
SEXO: ✓ F
FECHA DE NACIMIENTO: 25 | 6 | 1940
FECHA: 1 | 4 | 2009

DIAGNOSTICOS y PROCEDIMIENTOS:

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	K047		ENDODONCIA	K040	
ALVEOLITIS	K103		EXODONCIA	PC28	
CARIES DE DENTINA	K021		FLUORACION TOPICA	PC29	
CARIES DE ESMALTE	K020		PROFILAXIS LIMPIEZA DENTARIA	PC31	

SELLADO DE FOSAS Y FISURAS PC30
OTRO DIAGNOSTICO: ✓

MEDICAMENTOS E INSUMOS NO FRACCIONABLES	Form. Farm.	Concen.	INDICACIONES (Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Via de administración)	CANTIDAD Recetada	CANTIDAD Dispensada	VALOR Unitario	VALOR Total
Agujas cortas para Carpule	Pieza						
Agujas largas para Carpule	Pieza			1	1	0,65	0,65
Amoxicilina	Comprimido	500mg					
Amoxicilina	Suspensión	250 mg/5 ml.					
Eritromicina estearato	Cápsula	500 mg					
Eritromicina etilsuccinato	Suspensión	250 mg/5 ml.					
Hoja de bisturi Nº 15	Pieza						
Jeringa descartable 10ml c/aguja Nº 21G X 1 1/2	Pieza					1	
Jeringa descartable 20 ml. c/aguja No. 21 G 1 1	Pieza						
Lidocaina clorhidrato	Cartucho dental	2%		1	1	0,5	0,5
Lidocaina clorhidrato + Epinefrina	Cartucho dental	2% 1:200.000					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	100 mg					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Jarabe	120 mg/5 ml.					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	500 mg	Tomar 1 comprimido cada 6 horas	12	12	0,1	1,2
Seda quirúrgica "3/0"	Sobre						
Solución Fisiologica	Infusor	0,9% (500					

COSTO TOTAL 2,4
COSTO TOTAL AL USUARIO 0

INSUMOS FRACCIONABLES Y DE USO MUY FRECUENTE UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION

Amalgama 30g - limadura de plata	Polvo		Ionomero de vidrio de obturacion 15g	Solució		Pasta profilactica 10g	Pasta	
Algodón		✓	Liquido revelador 500ml	Frasco		Peróxido de hidrógeno 1000ml	Solución	
Barbijo	Unidad	✓	Mercuro metalico fresco	Perla		Piedra Pomez 10g	Sobre	
Bicarbonato de sodio	Polvo		Nitrato de plata	Frasco		Radiografias periapicales	Placa	
Cemento Oxifosfato	Polvo		Oxido de zinc x 500 g	Polvo		Resina autopolimerizable	Pasta	
Conos de gutapercha (120 piezas)	Unidad		Papel articulador 10 block x 12 hj	Unidad		Sellador de fosas y fisuras 5g	Pasta	
Eugenato (Eugenol x 30ml) 1oz	Solución		Parafina solida 1 kg	Pasta/H		Tiras de Celuloide x 50	Unidad	
Fluoruro de sodio 2% 200ml	Gel		Paramonoclorofenol 15 ml	Solució		Tiras de lija x 100	Unidad	
Guantes descartables	Par	✓	Pasta endodóntica 15g	Pomo		Yodoformo 10g	Solución	✓
Hidroxido de calcio 12g	Polvo							

SELLO ESTABLECIMIENTO

VºBº FARMACIA
Sello y firma

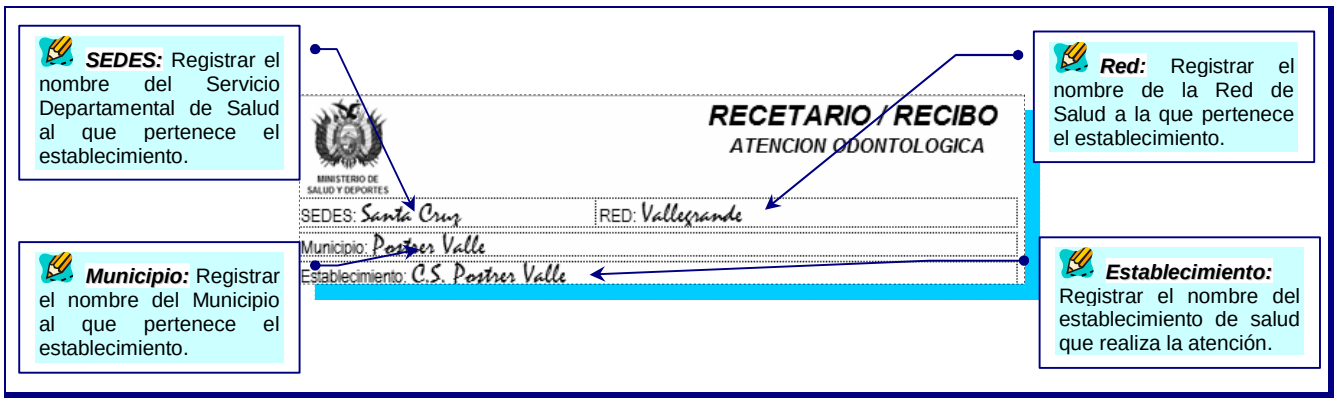
ODONTOLOGO
Sello y firma

Firma del usuario/acompañante
C.I._____

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Original:	*Debe ser entregado al Paciente.*
Primera copia:	*Adjuntarla al Expediente Clínico del Paciente.*
Segunda copia:	*Para el Archivo de la Farmacia Institucional Municipal.*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

A continuación se describen las características del Recetario/Recibo de Atención Odontológica y la forma cómo debe llenarse el mismo:



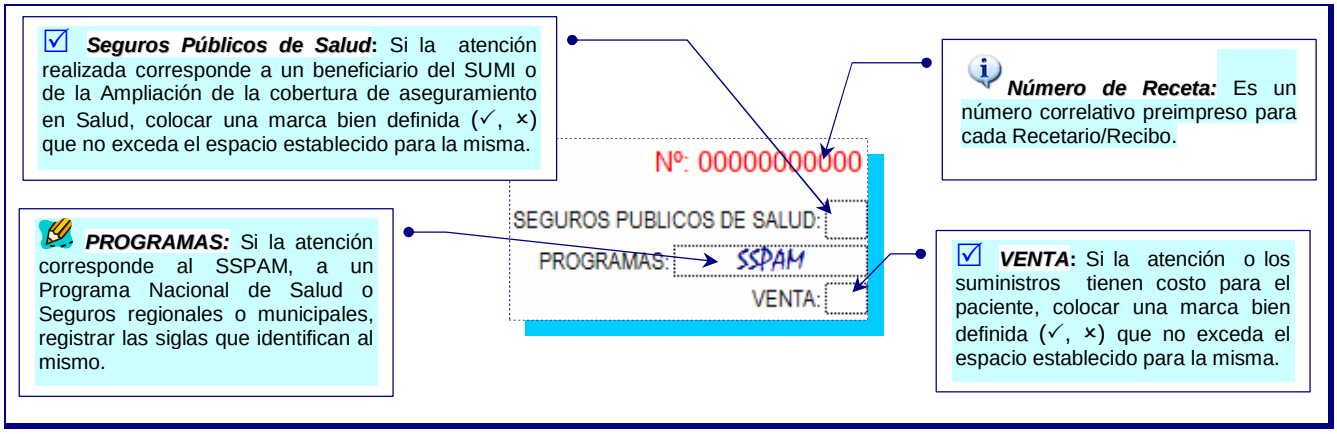
SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que pertenece el establecimiento.

Red: Registrar el nombre de la Red de Salud a la que pertenece el establecimiento.

Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el establecimiento.

Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención.

Para reducir el tiempo de llenado del Recetario/Recibo, cada establecimiento podrá preimprimir sus datos administrativos correspondientes.



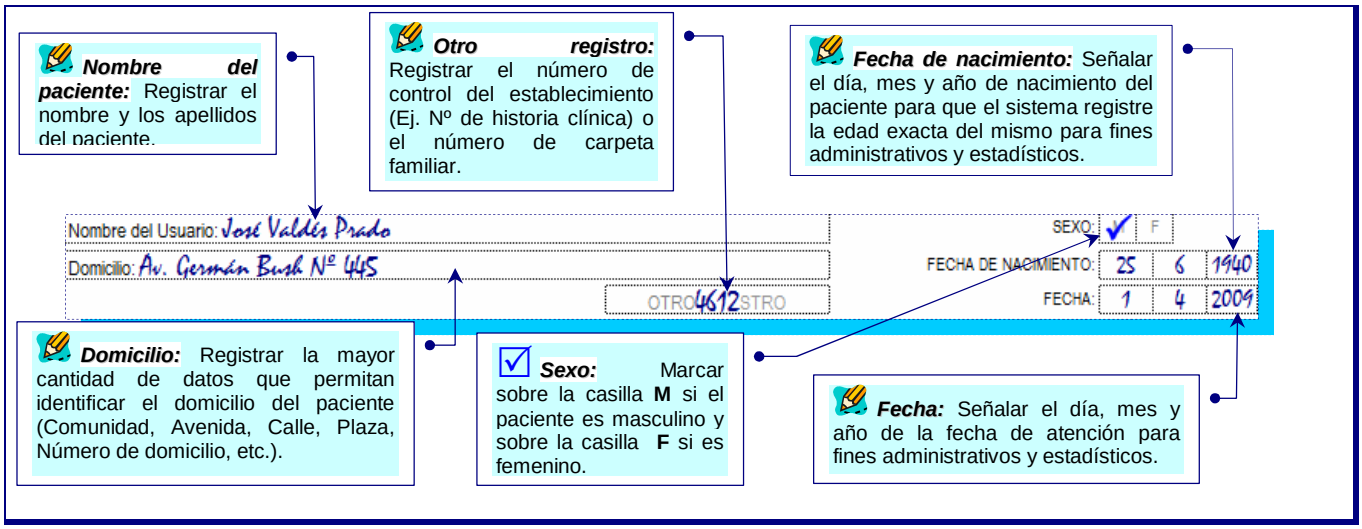
☑ ***Seguros Públicos de Salud*:** Si la atención realizada corresponde a un beneficiario del SUMI o de la Ampliación de la cobertura de aseguramiento en Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.

Número de Receta: Es un número correlativo preimpreso para cada Recetario/Recibo.

PROGRAMAS: Si la atención corresponde al SSPAM, a un Programa Nacional de Salud o Seguros regionales o municipales, registrar las siglas que identifican al mismo.

☑ ***VENTA*:** Si la atención o los suministros tienen costo para el paciente, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.

*El código de **Seguros Públicos de Salud** será construido automáticamente por el Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP e impreso en el Carnet de Afiliación del Seguro.*


Nombre del Usuario: José Valdés Prado
Domicilio: Av. Germán Bush Nº 445
OTRO 4612 STRO
SEXO: ✓ F
FECHA DE NACIMIENTO: 25 6 1940
FECHA: 1 4 2009

Nombre del paciente: Registrar el nombre y los apellidos del paciente.

Otro registro: Registrar el número de control del establecimiento (Ej. Nº de historia clínica) o el número de carpeta familiar.

Fecha de nacimiento: Señalar el día, mes y año de nacimiento del paciente para que el sistema registre la edad exacta del mismo para fines administrativos y estadísticos.

Domicilio: Registrar la mayor cantidad de datos que permitan identificar el domicilio del paciente (Comunidad, Avenida, Calle, Plaza, Número de domicilio, etc.).

☑ ***Sexo:*** Marcar sobre la casilla **M** si el paciente es masculino y sobre la casilla **F** si es femenino.

Fecha: Señalar el día, mes y año de la fecha de atención para fines administrativos y estadísticos.

☑ ***Diagnósticos y Procedimientos:*** Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, los diagnósticos y procedimientos encontrados por el responsable de la atención ambulatoria.

DIAGNOSTICOS y PROCEDIMIENTOS:

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	K047		ENDODONCIA	K040	✓	SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	PC30
ALVEOLITIS	K103		EXODONCIA	PC28			
CARIES DE DENTINA	K021		FLUORACION TOPICA	PC29		OTRO DIAGNOSTICO:	
CARIES DE ESMALTE	K020		PROFILAXIS LIMPIEZA DENTARIA	PC31			

Otro diagnóstico: Es el espacio destinado al registro de un diagnóstico que no se encuentra preimpreso en el formulario.

Medicamentos e insumos No fraccionables: Los medicamentos e insumos no fraccionables se encuentran preimpresos en el Recetario/Recibo.

Indicaciones para el paciente: Registrar junto al medicamento prescrito la cantidad, frecuencia, tiempo de uso y vía de administración del mismo para información del paciente.

MEDICAMENTOS E INSUMOS NO FRACCIONABLES			INDICACIONES	CANTIDAD		VALOR	
	Form. Farm.	Concen.	(Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Vía de administración)	Recetada	Dispensada	Unitario	Total
Agujas cortas para Carpule	Pieza						
Agujas largas para Carpule	Pieza			1	1	0,65	0,65
Amoxicilina	Comprimido	500mg					
Amoxicilina	Suspensión	250 mg/5 ml					
Eritromicina estearato	Cápsula	500 mg					
Eritromicina etilsuccinato	Suspensión	250 mg/5 ml					
Hoja de bisturi N° 15	Pieza						
Jeringa descartable 10ml c/aguja N° 21G X 1 1/2	Pieza					1	
Jeringa descartable 20 ml. c/aguja No. 21 G 1 1	Pieza						
Lidocaina clorhidrato	Cartucho dental	2%		1	1	0,5	0,5
Lidocaina clorhidrato + Epinefrina	Cartucho dental	2% 1:200.000					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	100 mg					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Jarabe	120 mg/5 ml					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	500 mg	Tomar 1 comprimido cada 6 horas	12	12	0,1	1,2
Seda quirúrgica "3/0"	Sobre						
Solución Fisiologica	Infusor	0,9% (500					

Cantidad recetada: Registrar claramente la cantidad del medicamento o insumo prescrito al paciente por el responsable de la atención.

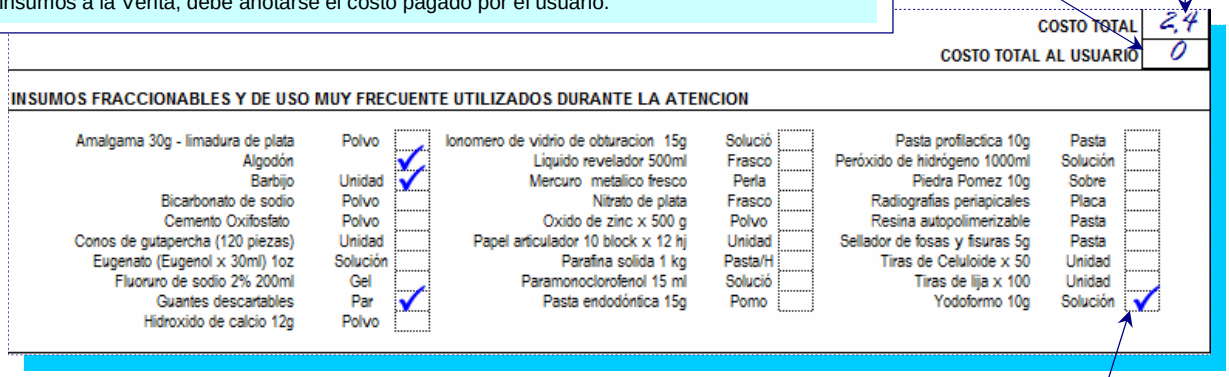
Cantidad dispensada: El responsable de la entrega del medicamento o insumo debe registrar la cantidad dispensada.

Valor unitario: El responsable de la dispensación debe anotar el costo valorizado en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.

Valor total: El responsable de la dispensación debe anotar el valor total en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.

Costo total: El responsable de la dispensación debe anotar el costo total en bolivianos (Bs.-) de todos los medicamentos y/o insumos dispensados al paciente.

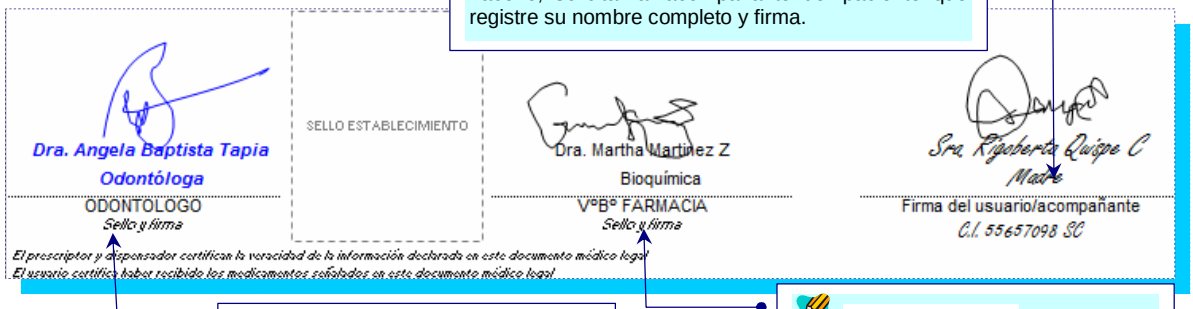
Costo total al usuario: Si el paciente es atendido por el Seguro o por Programas Nacionales, no tiene costo; por lo cual debe anotarse Bs.- 0,00. Si se entrega medicamentos o insumos a la Venta, debe anotarse el costo pagado por el usuario.


COSTO TOTAL
2.4
COSTO TOTAL AL USUARIO
0
INSUMOS FRACCIONABLES Y DE USO MUY FRECUENTE UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION
Amalgama 30g - limadura de plata Polvo
Algodón
Barbijo Unidad
Bicarbonato de sodio Polvo
Cemento Oxifosfato Polvo
Conos de gutapercha (120 piezas) Unidad
Eugenato (Eugenol x 30ml) 1oz Solución
Fluoruro de sodio 2% 200ml Gel
Guantes descartables Par
Hidroxido de calcio 12g Polvo
Ionomero de vidrio de obturacion 15g Solució
Liquido revelador 500ml Frasco
Mercuro metalico fresco Perla
Nitrato de plata Frasco
Oxido de zinc x 500 g Polvo
Papel articulador 10 block x 12 hj Unidad
Parafina solida 1 kg Pasta/H
Paramonoclorofenol 15 ml Solució
Pasta endodóntica 15g Pomo
Pasta profilactica 10g Pasta
Peróxido de hidrógeno 1000ml Solución
Piedra Pomez 10g Sobre
Radiografias periapicales Placa
Resina autopolimerizable Pasta
Sellador de fosas y fisuras 5g Pasta
Tiras de Celuloide x 50 Unidad
Tiras de lija x 100 Unidad
Yodoformo 10g Solución

☑ ***Insumos Fraccionables utilizados durante la atención:*** Señalar con una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma, los insumos fraccionables de uso odontológico utilizados por el responsable de la atención.

El Responsable del Servicio Odontológico deberá administrar los insumos fraccionables mediante el ***Botiquín del servicio de Odontología*** *con el fin de facilitar el registro y manejo de los mismos.*

Nombre y firma del paciente/acompañante: Solicitar la firma del paciente y su documento de identidad para constancia de la atención y la entrega de los medicamentos y/o suministros señalados en el recetario/Recibo. En caso que el mismo no pueda hacerlo, solicitar al acompañante del paciente que registre su nombre completo y firma.


Dra. Angela Baptista Tapia
Odontóloga
ODONTOLOGO
Sello y firma
SELLO ESTABLECIMIENTO
Dra. Martha Martinez Z
Bioquímica
V°B° FARMACIA
Sello y firma
Sra. Rigoberta Quispe C
Madre
Firma del usuario/acompañante
C.I. 5565709B SC
El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

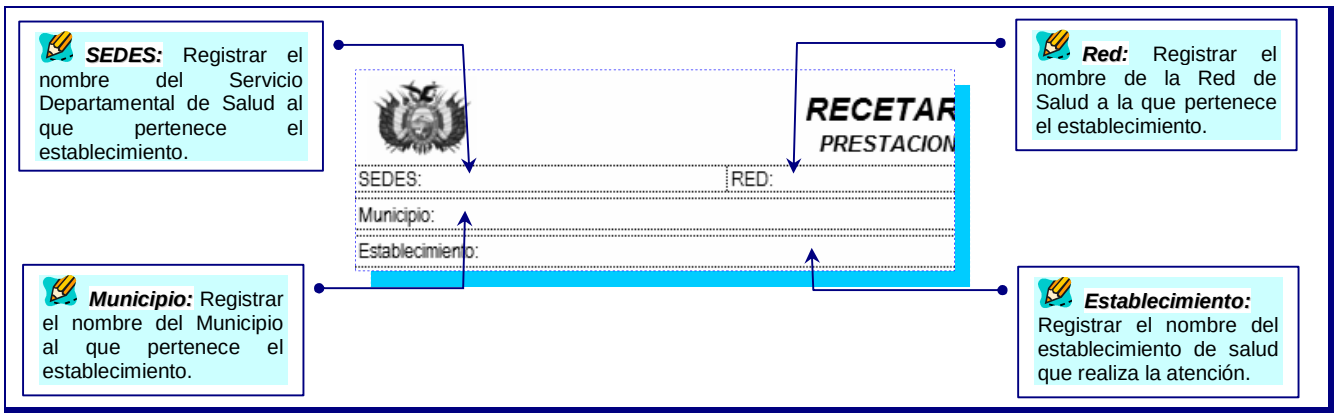
Recetado por: Registrar el nombre completo del responsable de la atención del paciente y su cargo, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.

Dispensado por: Registrar el nombre completo del responsable de la dispensación de los medicamentos e insumos, el mismo que debe efectuarse mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.

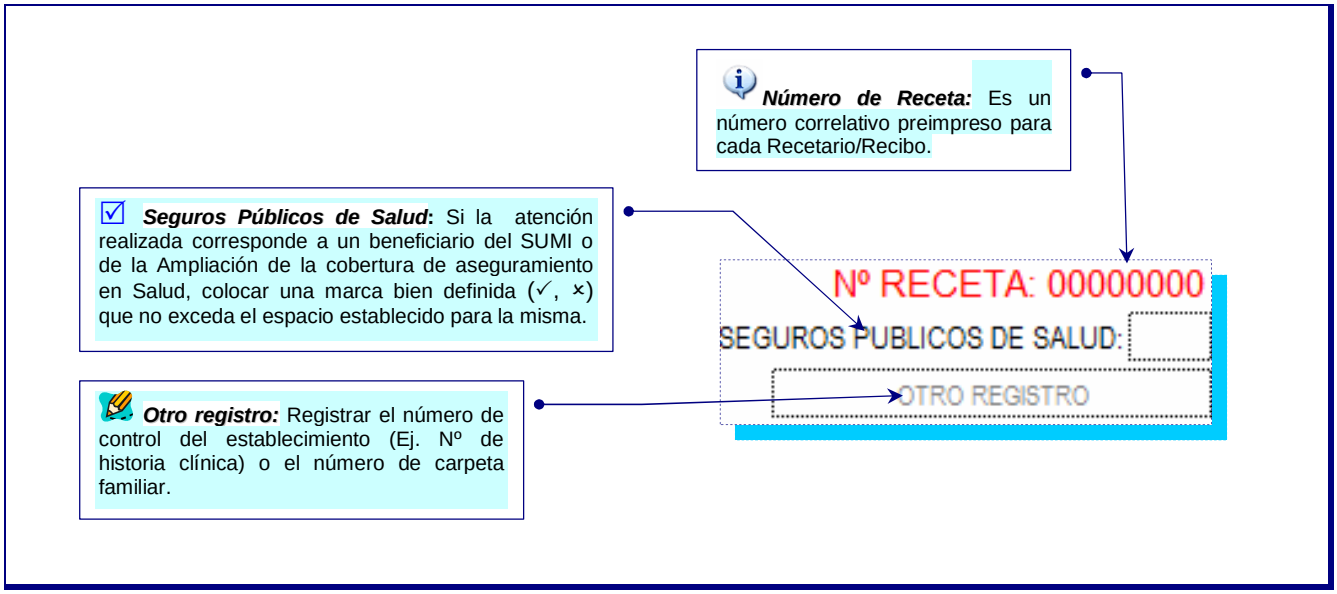
Recetario/Recibo de Prestaciones Especiales (Anexo 6)

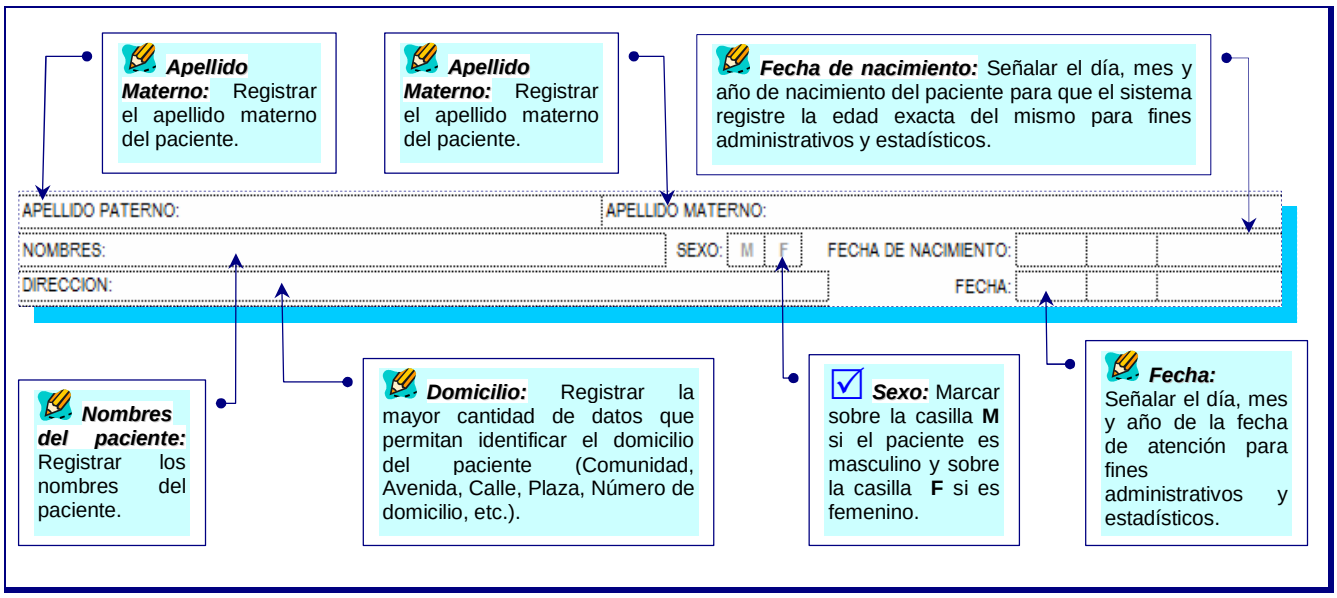
Los responsables de la atención de los servicios de Terapia Intensiva (UTI), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y de Traumatología (cuando se requiera material de osteosíntesis) son los únicos que pueden utilizar el Recetario/Recibo de Prestaciones Especiales, el mismo que debe ser llenado en un original y al menos dos copias siguiendo las siguientes instrucciones:

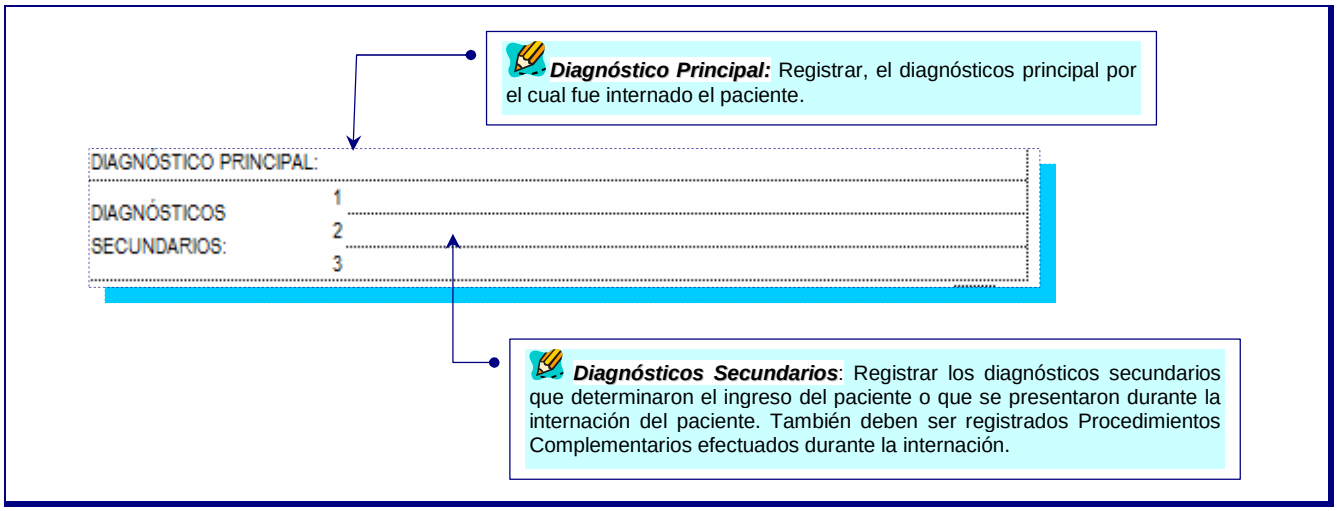
Original:	*Debe ser adjuntado a la solicitud de pago al Gobierno Municipal.*
Primera copia:	*Adjuntarla al Expediente Clínico del Paciente.*
Segunda copia:	*Para el Archivo de la Farmacia Institucional Municipal.*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

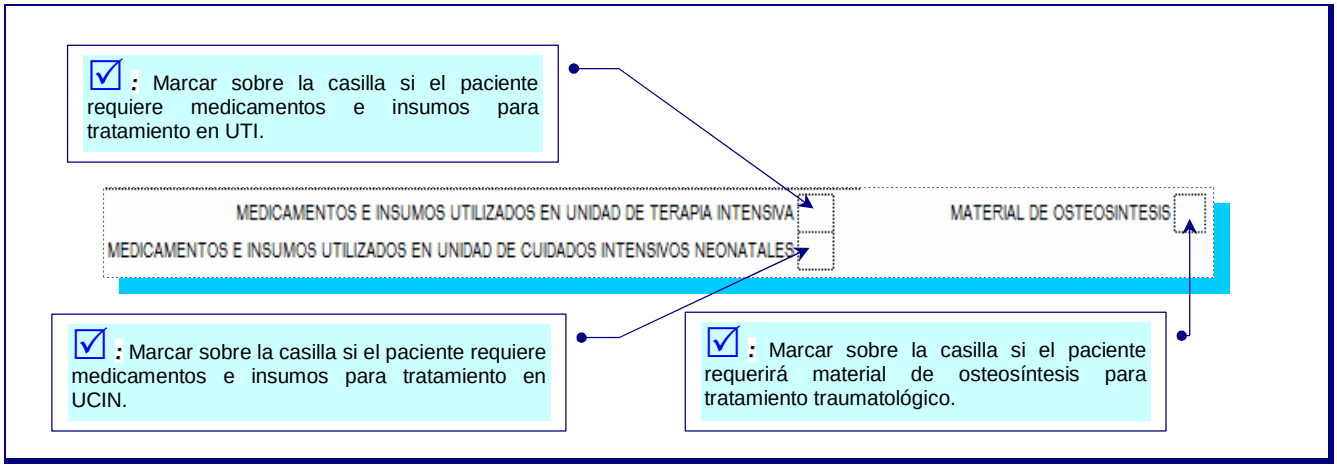

SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que pertenece el establecimiento.
RECETAR
PRESTACION
SEDES:
RED:
Municipio:
Establecimiento:
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud a la que pertenece el establecimiento.
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el establecimiento.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención.

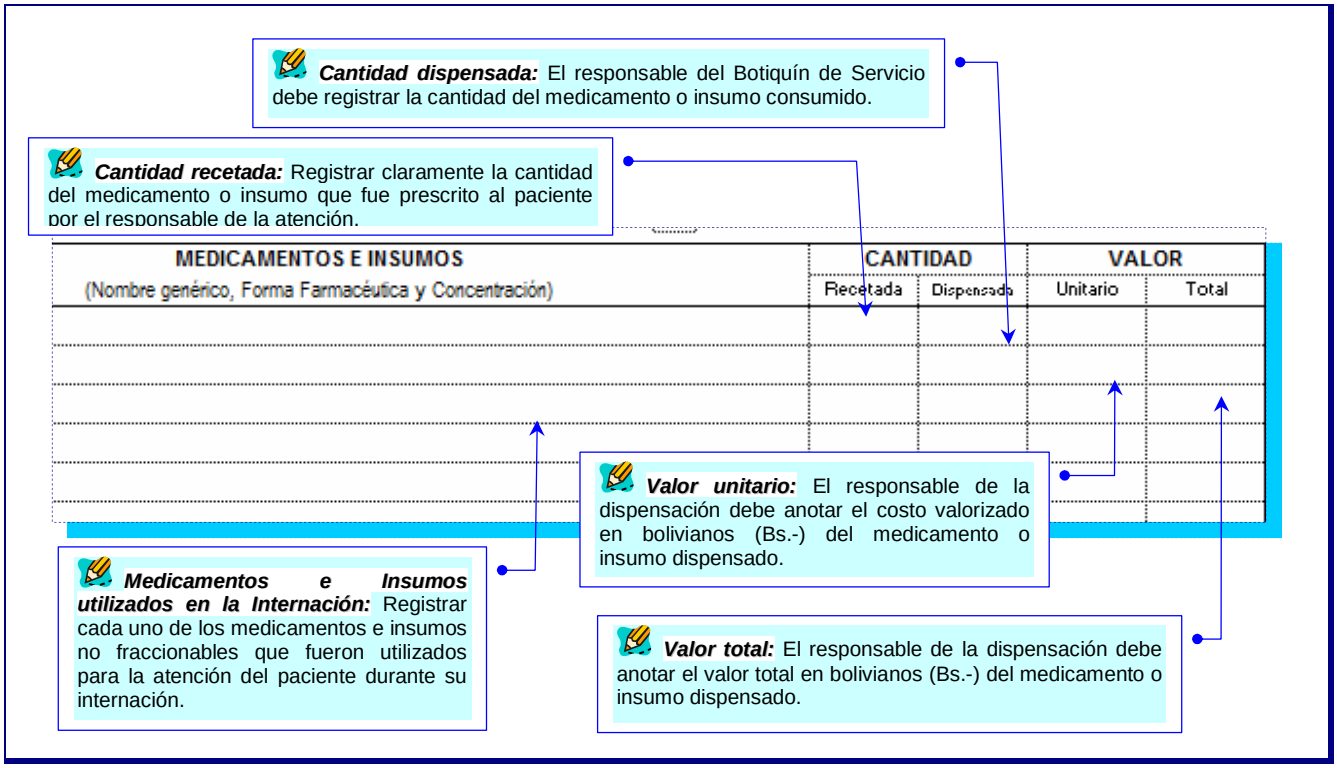
Para reducir el tiempo de llenado del Recetario/Recibo, cada establecimiento podrá preimprimir sus datos administrativos que le correspondan.

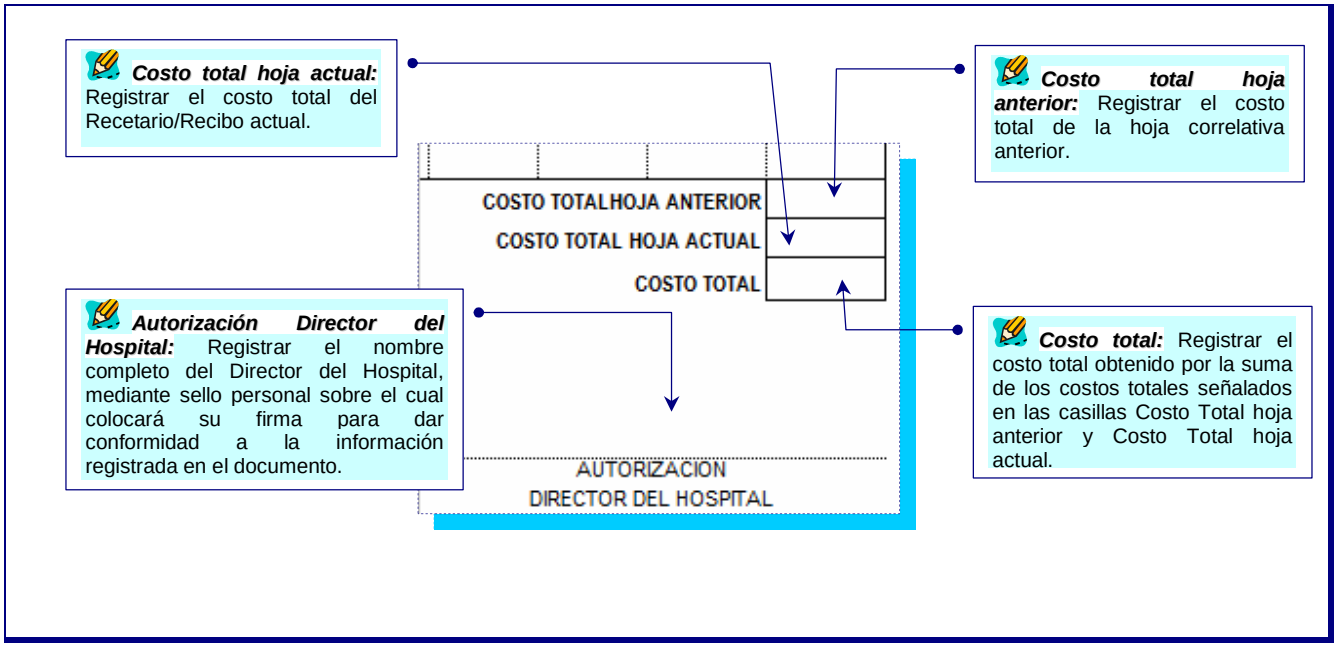

Número de Receta: Es un número correlativo preimpreso para cada Recetario/Recibo.
Seguros Públicos de Salud: Si la atención realizada corresponde a un beneficiario del SUMI o de la Ampliación de la cobertura de aseguramiento en Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
Nº RECETA: 00000000
SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:
OTRO REGISTRO
Otro registro: Registrar el número de control del establecimiento (Ej. Nº de historia clínica) o el número de carpeta familiar.


Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Fecha de nacimiento: Señalar el día, mes y año de nacimiento del paciente para que el sistema registre la edad exacta del mismo para fines administrativos y estadísticos.
APELLIDO PATERNO:
APELLIDO MATERNO:
NOMBRES:
SEXO: M F
FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION:
FECHA:
Nombres del paciente: Registrar los nombres del paciente.
Domicilio: Registrar la mayor cantidad de datos que permitan identificar el domicilio del paciente (Comunidad, Avenida, Calle, Plaza, Número de domicilio, etc.).
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.
Fecha: Señalar el día, mes y año de la fecha de atención para fines administrativos y estadísticos.


Diagnóstico Principal: Registrar, el diagnósticos principal por el cual fue internado el paciente.
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS:
1
2
3
Diagnósticos Secundarios: Registrar los diagnósticos secundarios que determinaron el ingreso del paciente o que se presentaron durante la internación del paciente. También deben ser registrados Procedimientos Complementarios efectuados durante la internación.


: Marcar sobre la casilla si el paciente requiere medicamentos e insumos para tratamiento en UTI.
MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS
: Marcar sobre la casilla si el paciente requiere medicamentos e insumos para tratamiento en UCIN.
: Marcar sobre la casilla si el paciente requerirá material de osteosíntesis para tratamiento traumatológico.


Cantidad dispensada: El responsable del Botiquín de Servicio debe registrar la cantidad del medicamento o insumo consumido.
Cantidad recetada: Registrar claramente la cantidad del medicamento o insumo que fue prescrito al paciente por el responsable de la atención.
MEDICAMENTOS E INSUMOS
(Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)
CANTIDAD
Recetada
Dispensada
VALOR
Unitario
Total
Valor unitario: El responsable de la dispensación debe anotar el costo valorizado en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.
Medicamentos e Insumos utilizados en la Internación: Registrar cada uno de los medicamentos e insumos no fraccionables que fueron utilizados para la atención del paciente durante su internación.
Valor total: El responsable de la dispensación debe anotar el valor total en bolivianos (Bs.-) del medicamento o insumo dispensado.


Costo total hoja actual: Registrar el costo total del Recetario/Recibo actual.
Costo total hoja anterior: Registrar el costo total de la hoja correlativa anterior.
COSTO TOTALHOJA ANTERIOR
COSTO TOTAL HOJA ACTUAL
COSTO TOTAL
Autorización Director del Hospital: Registrar el nombre completo del Director del Hospital, mediante sello personal sobre el cual colocará su firma para dar conformidad a la información registrada en el documento.
Costo total: Registrar el costo total obtenido por la suma de los costos totales señalados en las casillas Costo Total hoja anterior y Costo Total hoja actual.
AUTORIZACION
DIRECTOR DEL HOSPITAL

Descargo y Solicitud de Suministros de Botiquín de Servicio
(Anexo 7)

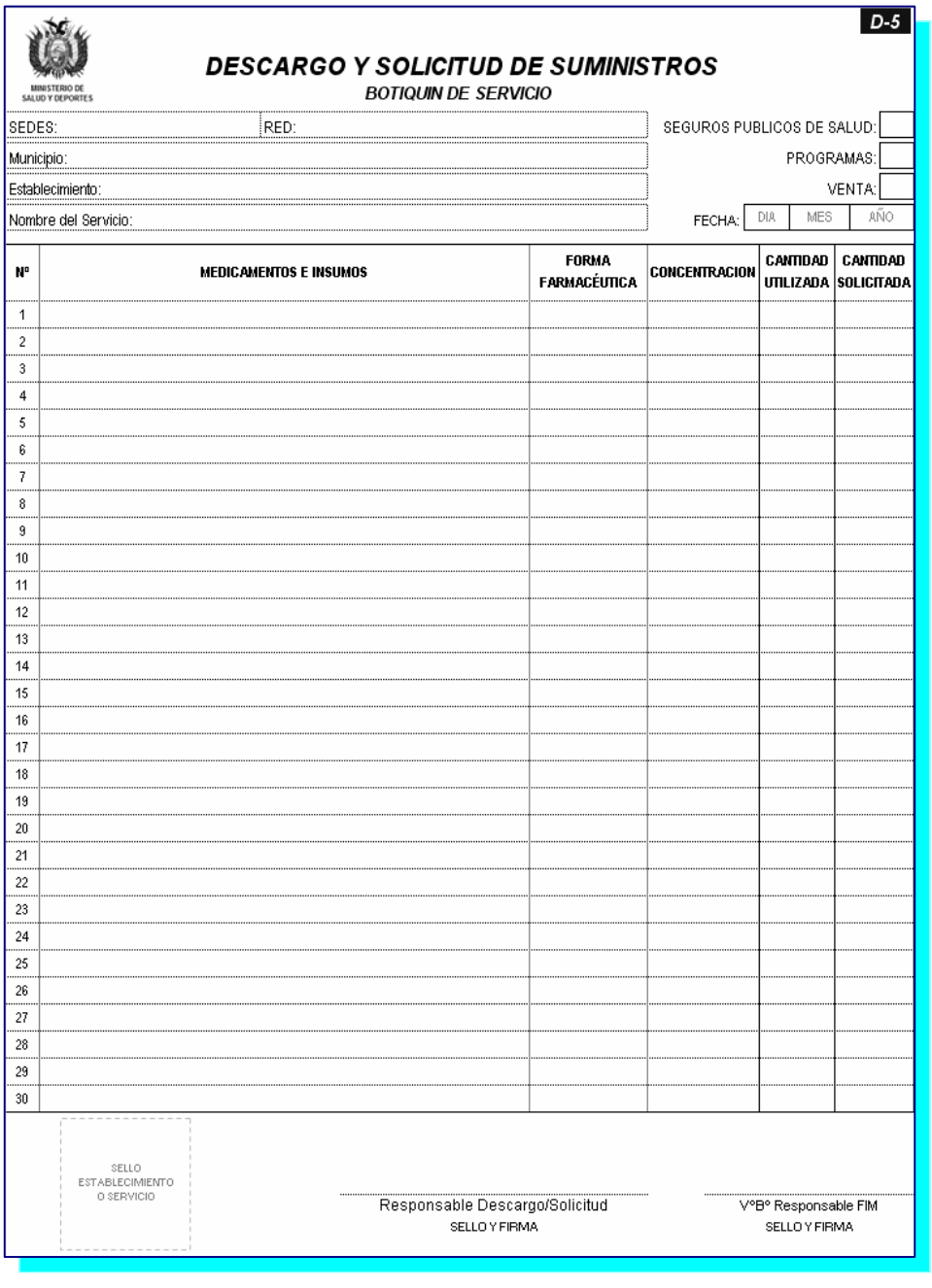
El documento de Descargo y Solicitud de Suministros para el Botiquín de Servicio es un instrumento de registro de ingresos y consumos de suministros del Botiquín de un determinado servicio que debe ser llenado por la persona responsable del mismo según requerimientos propios (Por turnos, diario, semanal, mensual, bimensual, etc.).

Debe ser llenado con letra legible en un original.

Una vez que la persona responsable de la FIM ingrese la información señalada en el documento al Sistema Informático SALMI, deberá imprimir una copia para el Botiquín de Servicio y otra para el archivo de la FIM.

Si se trata de una solicitud, deberá entregar la cantidad señalada en la hoja impresa por el SALMI.

Los establecimientos de salud que por cualquier razón no cuenten con el Sistema SALMI, deberán realizar la solicitud y descargo de suministros mediante formulario original para el archivo de la FIM y con una copia para el Botiquín de Servicio.



D-5

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

DESCARGO Y SOLICITUD DE SUMINISTROS

BOTIQUIN DE SERVICIO

SEDES: RED: SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

Municipio: PROGRAMAS:

Establecimiento: VENTA:

Nombre del Servicio: FECHA: DIA MES AÑO

Nº	MEDICAMENTOS E INSUMOS	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACION	CANTIDAD UTILIZADA	CANTIDAD SOLICITADA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

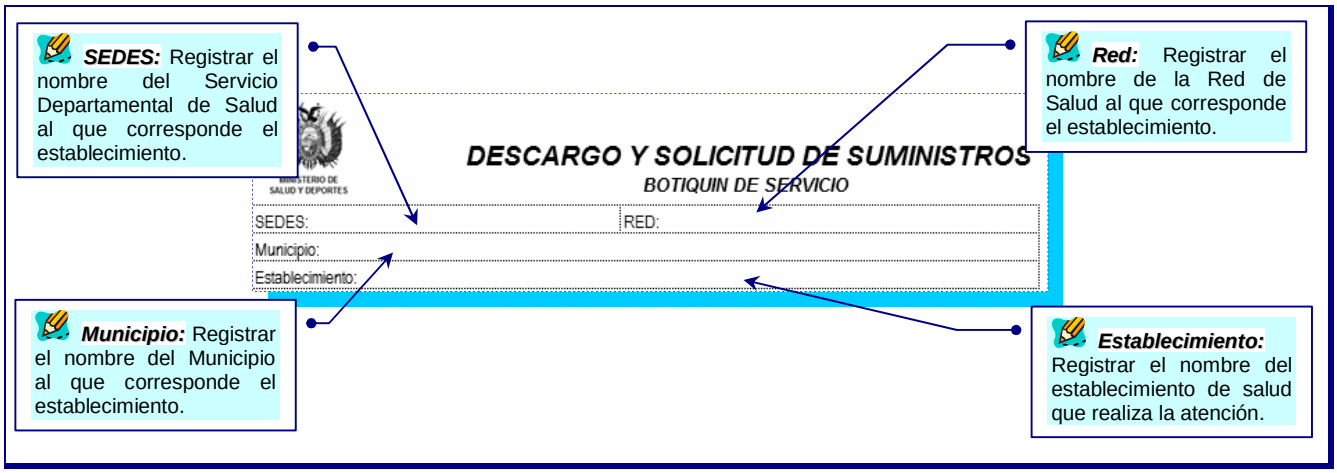
SELLO ESTABLECIMIENTO O SERVICIO

Responsable Descargo/Solicitud
SELLO Y FIRMA

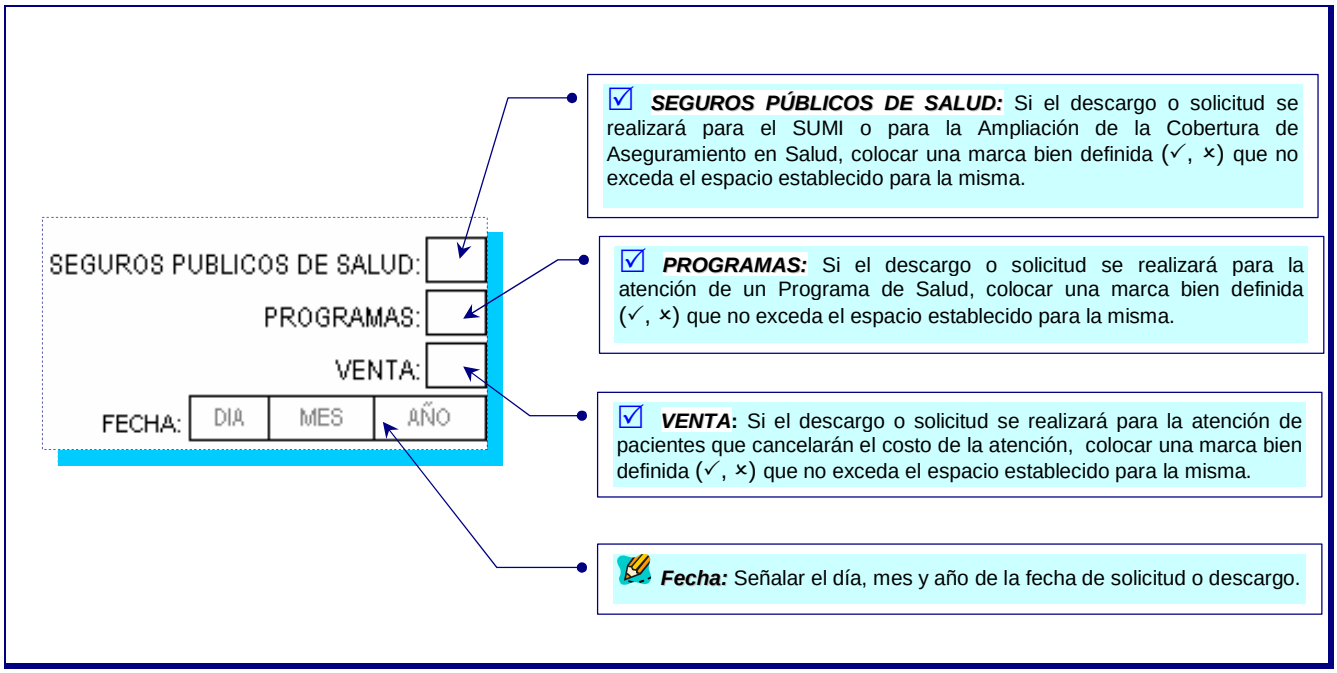
V°B° Responsable FIM
SELLO Y FIRMA

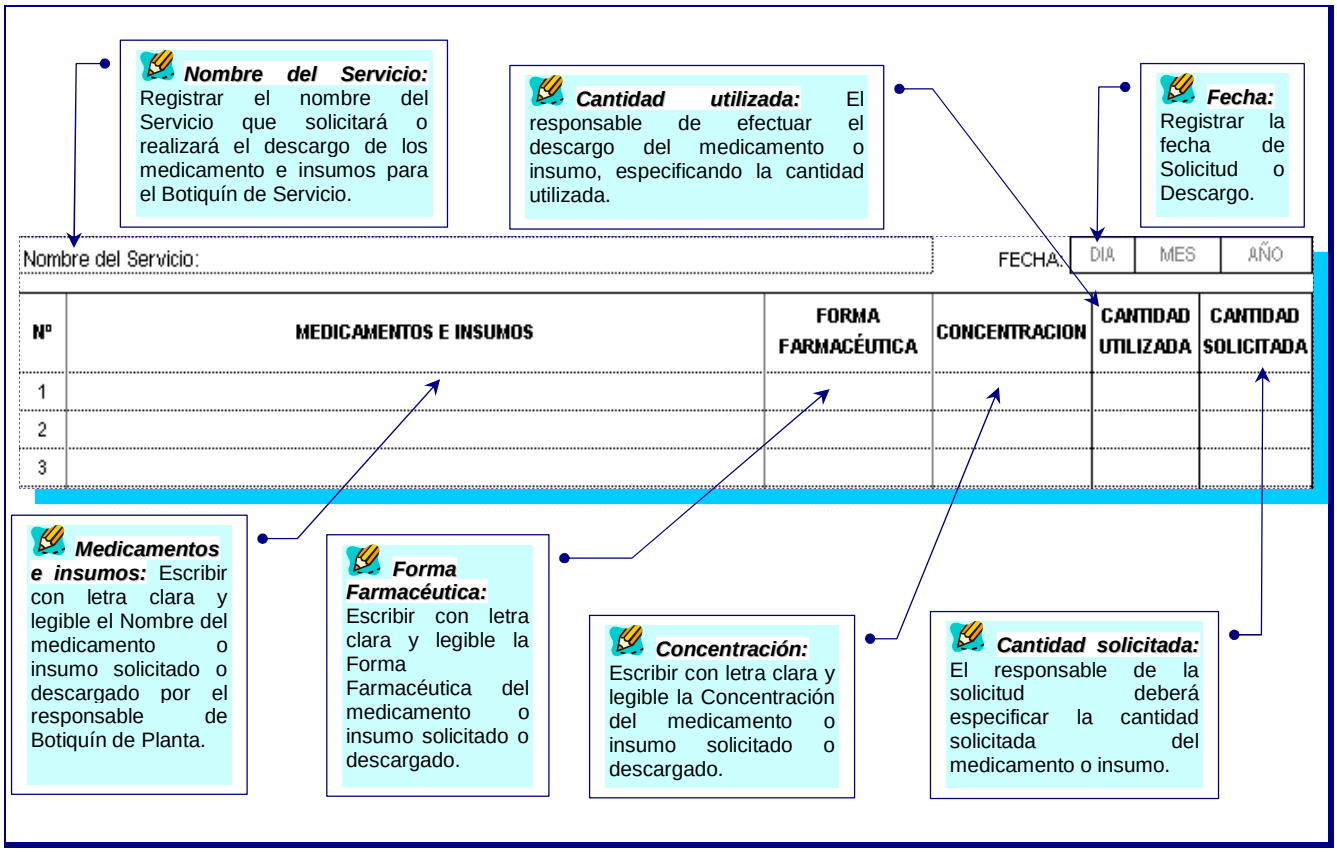
El Botiquín de Servicio es un stock mínimo de medicamentos e insumos de uso frecuente o con alto fraccionamiento (que puede ser utilizado para varias atenciones) en un servicio de salud, para tenerlos a disposición del equipo de salud cuando sea necesario, evitando la prescripción de recetas individuales para cada prestación o procedimiento realizado.

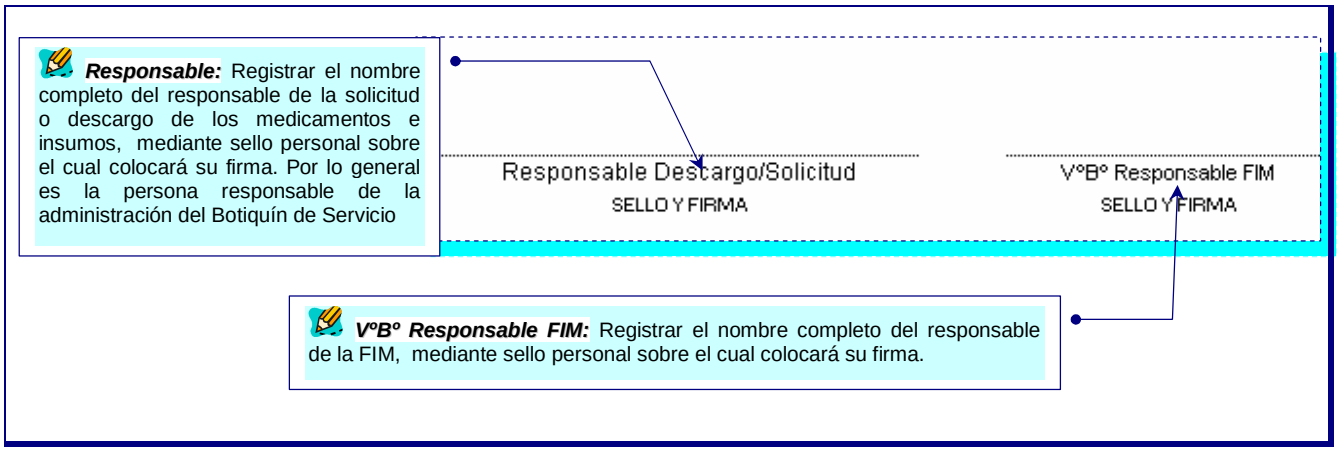
A continuación se describen las características del Documento de Descargo y Solicitud de Suministros para el Botiquín de Servicio y la manera de cómo debe ser llenado:


SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que corresponde el establecimiento.
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el establecimiento.
DESCARGO Y SOLICITUD DE SUMINISTROS
BOTIQUIN DE SERVICIO
SEDES:
RED:
Municipio:
Establecimiento:
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que corresponde el establecimiento.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención.

Para reducir el tiempo de llenado del documento de Descargo y Solicitud de Suministros, cada establecimiento podrá preimprimir sus datos administrativos que le correspondan.


SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:
PROGRAMAS:
VENTA:
FECHA: DIA MES AÑO
☑ SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD: Si el descargo o solicitud se realizará para el SUMI o para la Ampliación de la Cobertura de Aseguramiento en Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
☑ PROGRAMAS: Si el descargo o solicitud se realizará para la atención de un Programa de Salud, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
☑ VENTA: Si el descargo o solicitud se realizará para la atención de pacientes que cancelarán el costo de la atención, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para la misma.
Fecha: Señalar el día, mes y año de la fecha de solicitud o descargo.


Nombre del Servicio:
FECHA:
DIA
MES
AÑO
Nº
MEDICAMENTOS E INSUMOS
FORMA FARMACÉUTICA
CONCENTRACION
CANTIDAD UTILIZADA
CANTIDAD SOLICITADA
1
2
3
Nombre del Servicio: Registrar el nombre del Servicio que solicitará o realizará el descargo de los medicamento e insumos para el Botiquín de Servicio.
Cantidad utilizada: El responsable de efectuar el descargo del medicamento o insumo, especificando la cantidad utilizada.
Fecha: Registrar la fecha de Solicitud o Descargo.
Medicamentos e insumos: Escribir con letra clara y legible el Nombre del medicamento o insumo solicitado o descargado por el responsable de Botiquín de Planta.
Forma Farmacéutica: Escribir con letra clara y legible la Forma Farmacéutica del medicamento o insumo solicitado o descargado.
Concentración: Escribir con letra clara y legible la Concentración del medicamento o insumo solicitado o descargado.
Cantidad solicitada: El responsable de la solicitud deberá especificar la cantidad solicitada del medicamento o insumo.

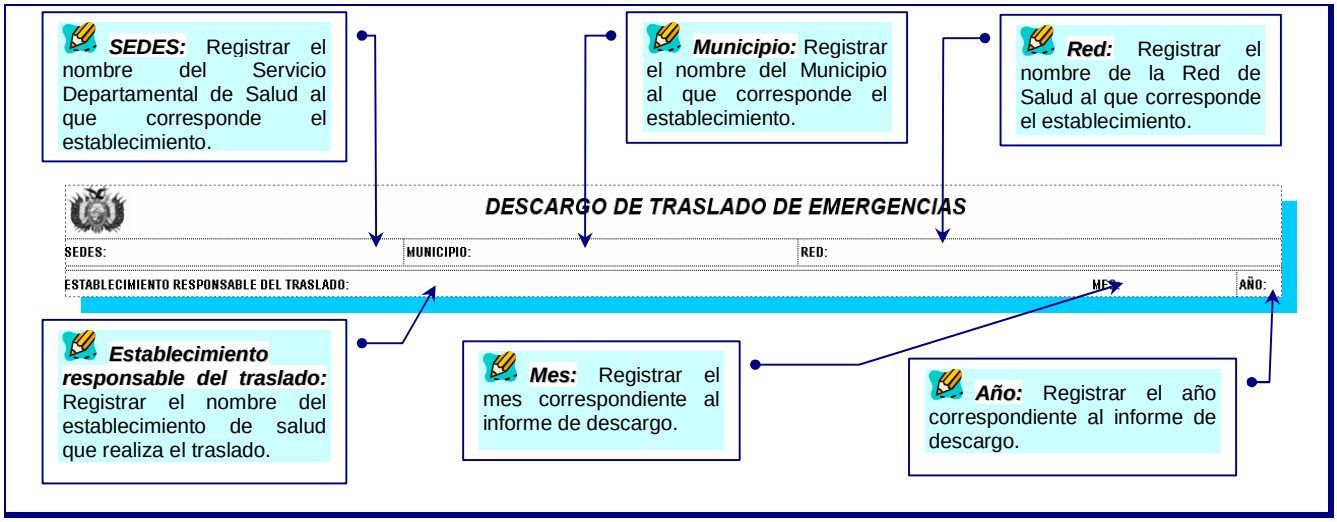

Responsable: Registrar el nombre completo del responsable de la solicitud o descargo de los medicamentos e insumos, mediante sello personal sobre el cual colocará su firma. Por lo general es la persona responsable de la administración del Botiquín de Servicio
Responsable Descargo/Solicitud
SELLO Y FIRMA
V°B° Responsable FIM
SELLO Y FIRMA
V°B° Responsable FIM: Registrar el nombre completo del responsable de la FIM, mediante sello personal sobre el cual colocará su firma.

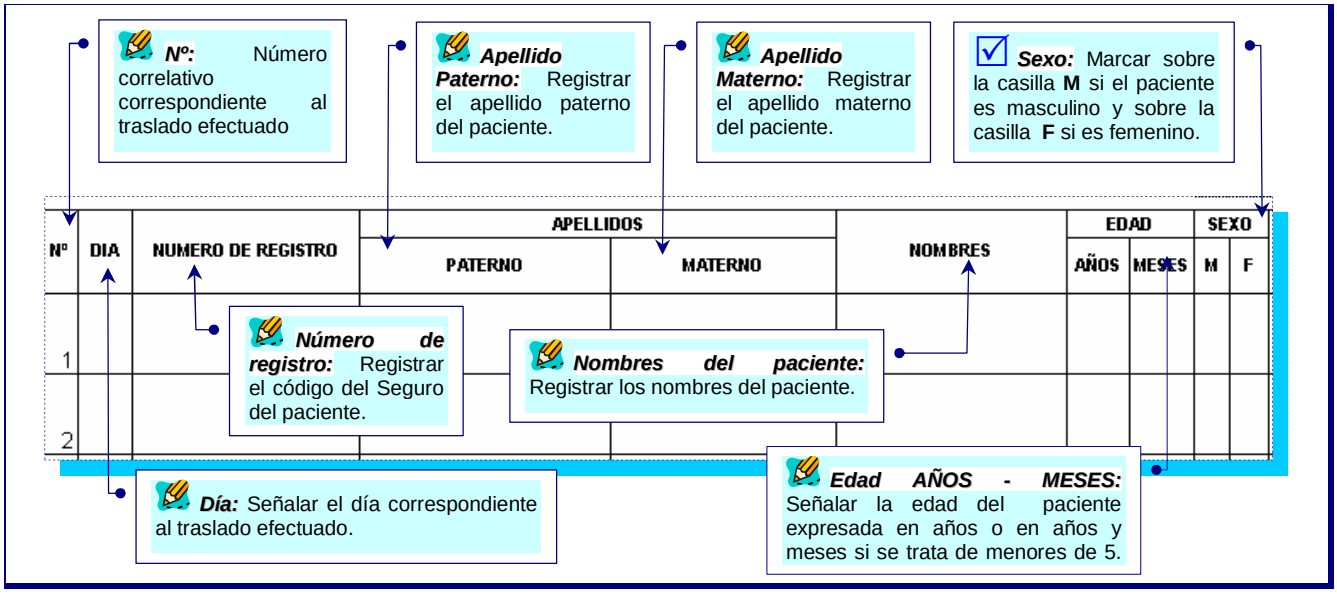
Descargo de Traslado de Emergencias *(Anexo 8)*

El Personal de Salud de los establecimientos que realizan una referencia, deberán cumplir lo señalado en la Norma Nacional de Referencia y Retorno del Ministerio de Salud y Deportes.

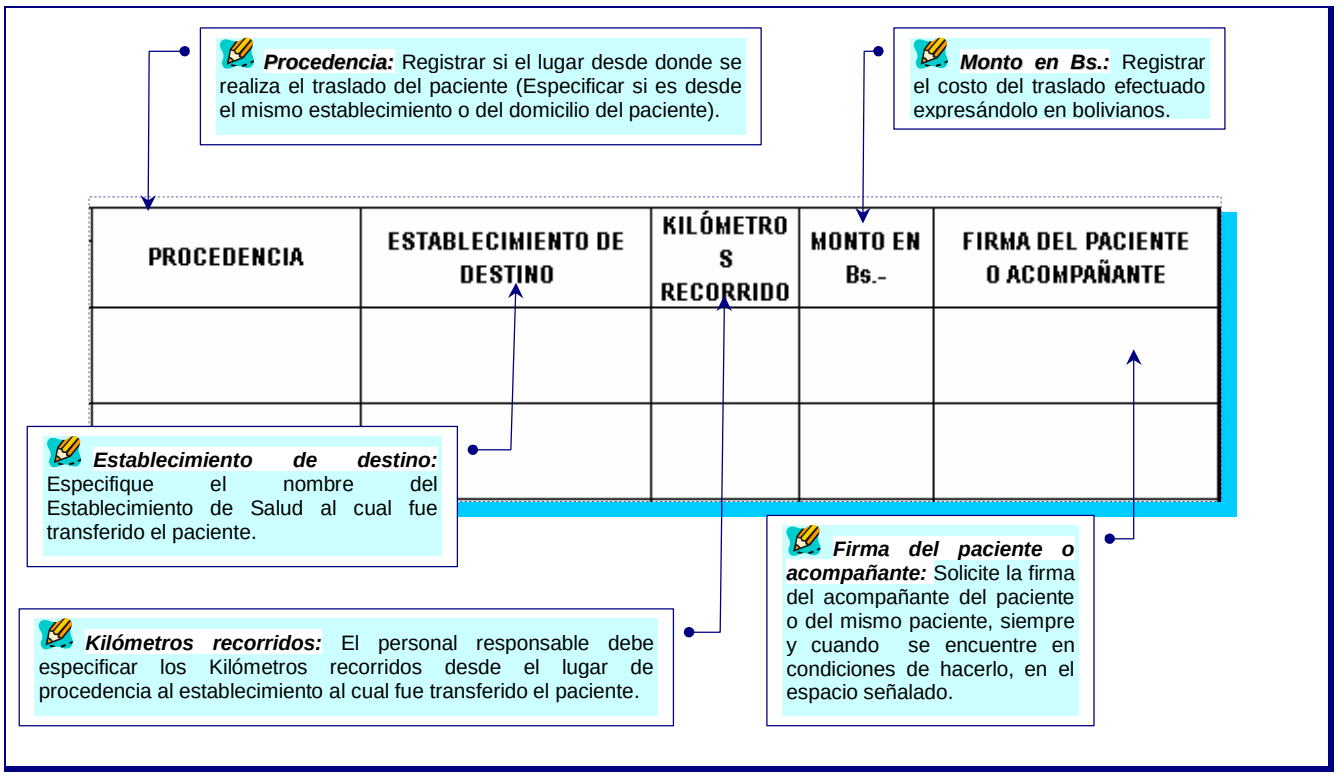
Los establecimientos del área rural son los únicos que pueden utilizar el Documento de Descargo de Traslado de Emergencias, el mismo que debe ser llenado en un original y dos copias siguiendo las siguientes instrucciones:

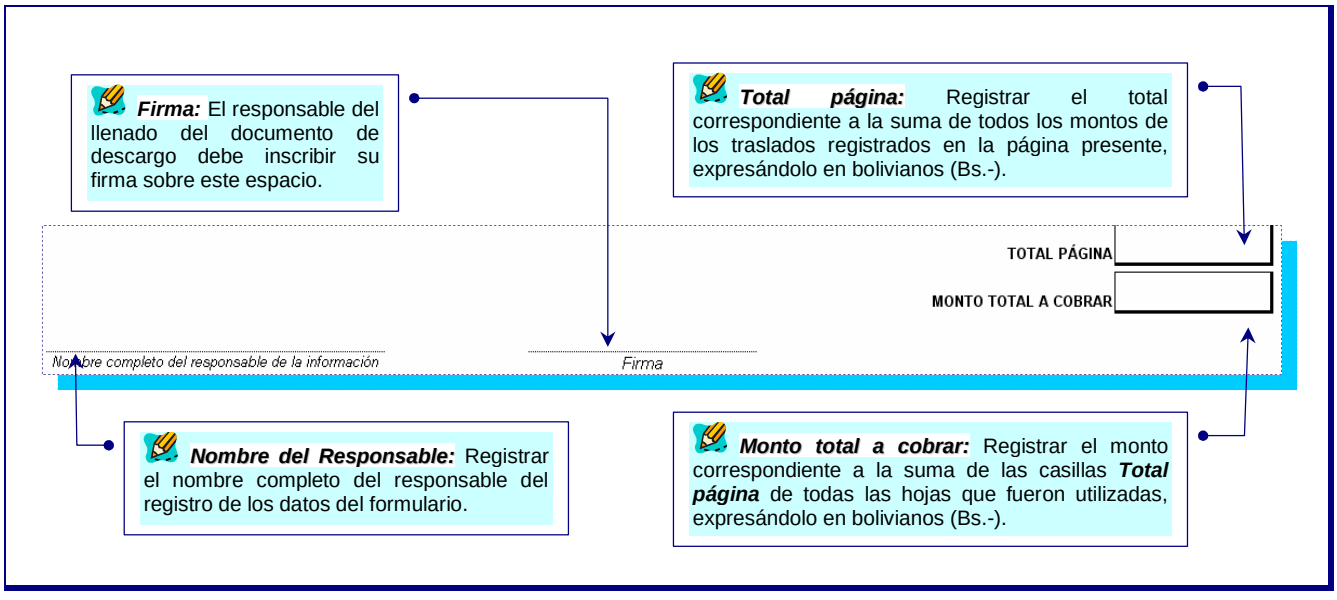
Original: *Debe ser adjuntado a la solicitud de pago al Gobierno Municipal.*
Primera copia: *Coordinación de Red.*
Segunda copia: *Archivo del establecimiento.*


SEDES: Registrar el nombre del Servicio Departamental de Salud al que corresponde el establecimiento.
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que corresponde el establecimiento.
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el establecimiento.
DESCARGO DE TRASLADO DE EMERGENCIAS
SEDES:
MUNICIPIO:
RED:
ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE DEL TRASLADO:
MES:
AÑO:
Establecimiento responsable del traslado: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza el traslado.
Mes: Registrar el mes correspondiente al informe de descargo.
Año: Registrar el año correspondiente al informe de descargo.

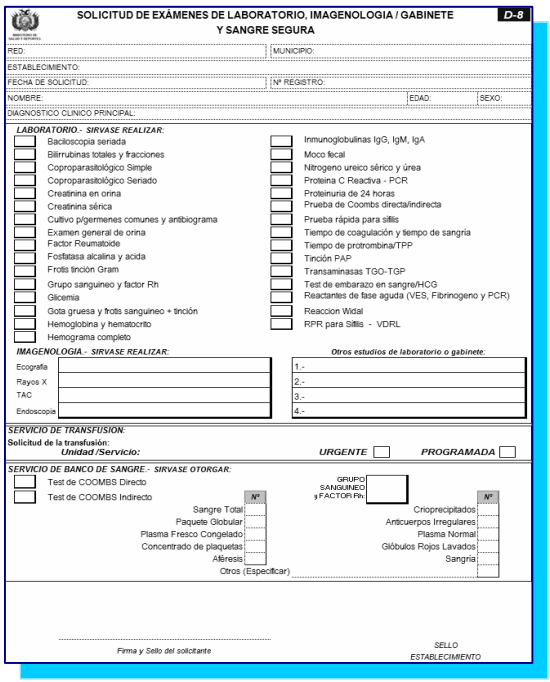

Nº: Número correlativo correspondiente al traslado efectuado
Apellido Paterno: Registrar el apellido paterno del paciente.
Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.
Nº
DIA
NUMERO DE REGISTRO
APELLIDOS
PATERNO
MATERNO
NOMBRES
EDAD
AÑOS
MESES
SEXO
M
F
1
2
Número de registro: Registrar el código del Seguro del paciente.
Nombres del paciente: Registrar los nombres del paciente.
Día: Señalar el día correspondiente al traslado efectuado.
Edad AÑOS - MESES: Señalar la edad del paciente expresada en años o en años y meses si se trata de menores de 5.

*El código de **Seguros Públicos de Salud** será construido automáticamente por el Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP e impreso en el Carnet de Afiliación del Seguro.*


Procedencia: Registrar si el lugar desde donde se realiza el traslado del paciente (Especificar si es desde el mismo establecimiento o del domicilio del paciente).
Monto en Bs.: Registrar el costo del traslado efectuado expresándolo en bolivianos.
PROCEDENCIA
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO
KILÓMETROS RECORRIDO
MONTO EN Bs.-
FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE
Establecimiento de destino: Especifique el nombre del Establecimiento de Salud al cual fue transferido el paciente.
Kilómetros recorridos: El personal responsable debe especificar los Kilómetros recorridos desde el lugar de procedencia al establecimiento al cual fue transferido el paciente.
Firma del paciente o acompañante: Solicite la firma del acompañante del paciente o del mismo paciente, siempre y cuando se encuentre en condiciones de hacerlo, en el espacio señalado.


Firma: El responsable del llenado del documento de descargo debe inscribir su firma sobre este espacio.
Total página: Registrar el total correspondiente a la suma de todos los montos de los traslados registrados en la página presente, expresándolo en bolivianos (Bs.-).
TOTAL PÁGINA
MONTO TOTAL A COBRAR
Nombre completo del responsable de la información
Firma
Nombre del Responsable: Registrar el nombre completo del responsable del registro de los datos del formulario.
Monto total a cobrar: Registrar el monto correspondiente a la suma de las casillas Total página de todas las hojas que fueron utilizadas, expresándolo en bolivianos (Bs.-).

Solicitud de Exámenes de Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Servicio de Sangre Segura (Anexo 9)



SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA / GABINETE Y SANGRE SEGURA — D-8

RED: | MUNICIPIO:
ESTABLECIMIENTO:
FECHA DE SOLICITUD: | Nº REGISTRO:
NOMBRE: | EDAD: | SEXO:
DIAGNOSTICO CLINICO PRINCIPAL:

LABORATORIO - SIRVASE REALIZAR:

- Baciloscopia seriada
- Bilirrubinas totales y fracciones
- Coproparasitológico Simple
- Coproparasitológico Seriado
- Creatinina en orina
- Creatinina sérica
- Cultivo p/germenes comunes y antibiograma
- Examen general de orina
- Factor Reumatoide
- Fosfatasa alcalina y acida
- Frotis tinción Gram
- Grupo sanguineo y factor Rh
- Glicemia
- Gota gruesa y frotis sanguineo + tinción
- Hemoglobina y hematocrito
- Hemograma completo
- Inmunoglobulinas IgG, IgM, IgA
- Moco fecal
- Nitrogeno ureico sérico y úrea
- Proteina C Reactiva - PCR
- Proteinuria de 24 horas
- Prueba de Coombs directa/indirecta
- Prueba rápida para sífilis
- Tiempo de coagulación y tiempo de sangría
- Tiempo de protrombina/TPP
- Tinción PAP
- Transaminasas TGO-TGP
- Test de embarazo en sangre/HCG
- Reactantes de fase aguda (VES, Fibrinogeno y PCR)
- Reaccion Widal
- RPR para Sífilis - VDRL

IMAGENOLOGIA - SIRVASE REALIZAR:

Ecografia | Rayos X | TAC | Endoscopia

Otros estudios de laboratorio o gabinete:

1.- 2.- 3.- 4.-

SERVICIO DE TRANSFUSION:
Solicitud de la transfusión:
Unidad /Servicio: *URGENTE* ☐ *PROGRAMADA* ☐

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE: - SIRVASE OTORGAR:

- Test de COOMBS Directo
- Test de COOMBS Indirecto

GRUPO SANGUINEO y FACTOR Rh

	Nº		Nº
Sangre Total		Crioprecipitados	
Paquete Globular		Anticuerpos Irregulares	
Plasma Fresco Congelado		Plasma Normal	
Concentrado de plaquetas		Glóbulos Rojos Lavados	
Aféresis		Sangria	

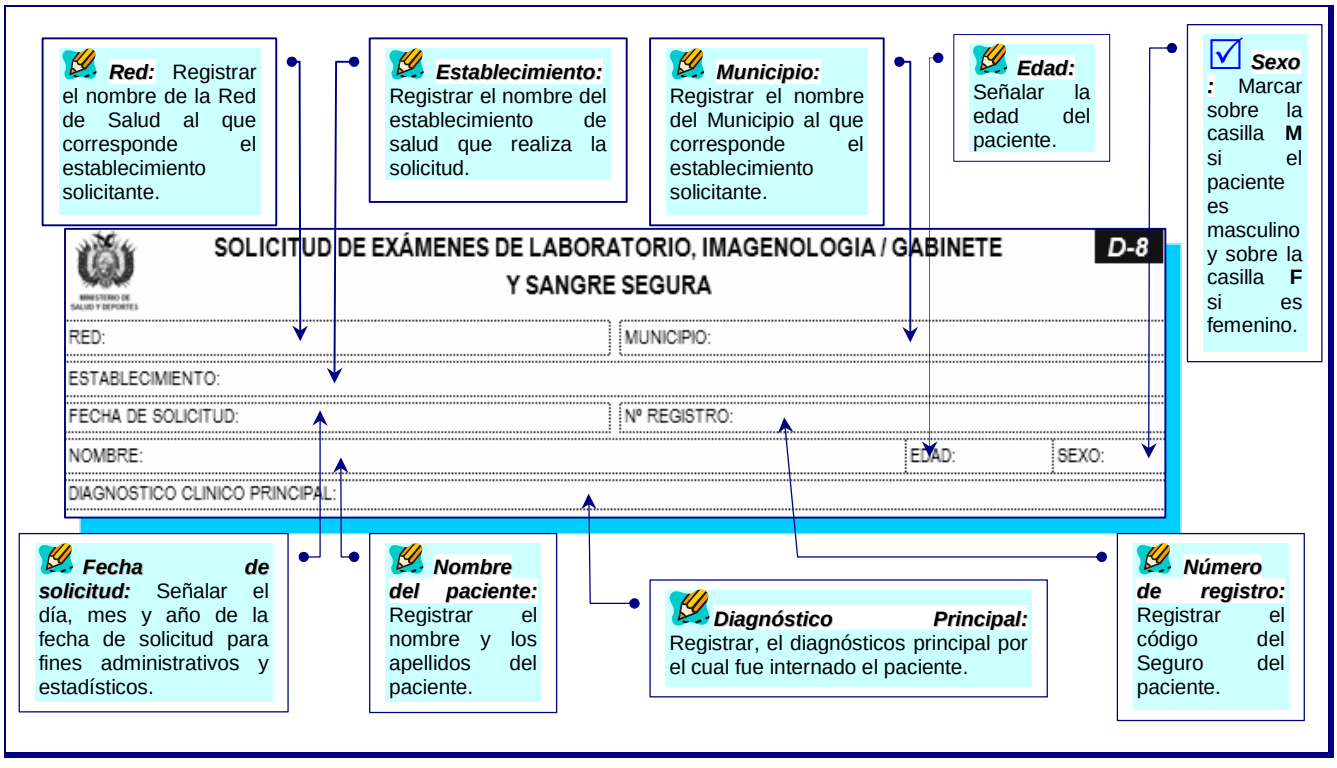
Otros (Especificar)

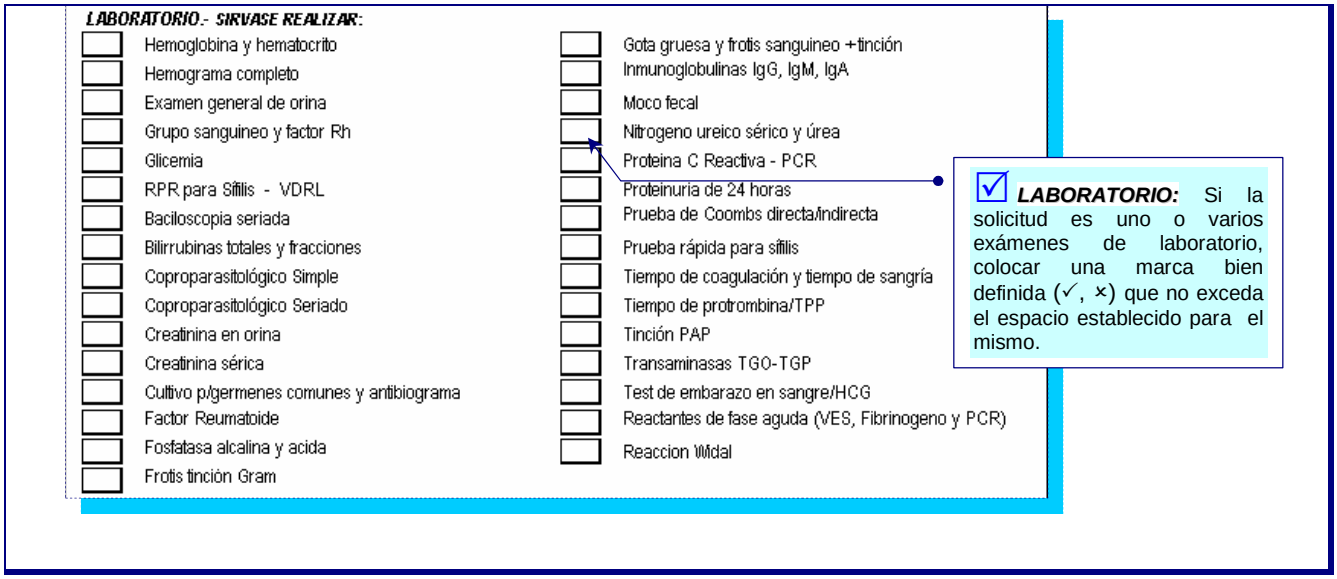
Firma y Sello del solicitante — SELLO ESTABLECIMIENTO

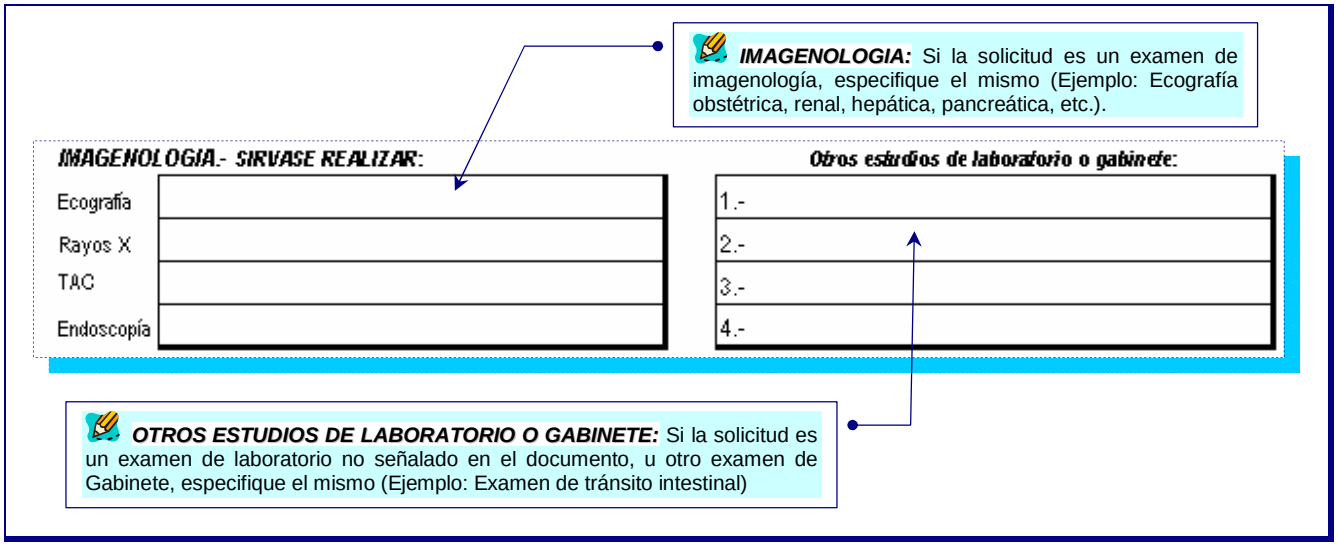
El personal de salud responsable de la atención ambulatoria o durante la internación de pacientes tendrá a disposición el documento de ***Solicitud de Exámenes de Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Servicio de Sangre Segura*** con el fin de complementar diagnósticos, tratamientos y la atención de los beneficiarios, debiendo realizarse bajo criterio y ética médica, según lo señalado en las Guías Técnicas y Protocolos de Atención, restringiendo las mismas a las estrictamente necesarias para reducir costos y sobre demanda de los servicios de laboratorio, Imagenología/Gabinete y Sangre Segura.

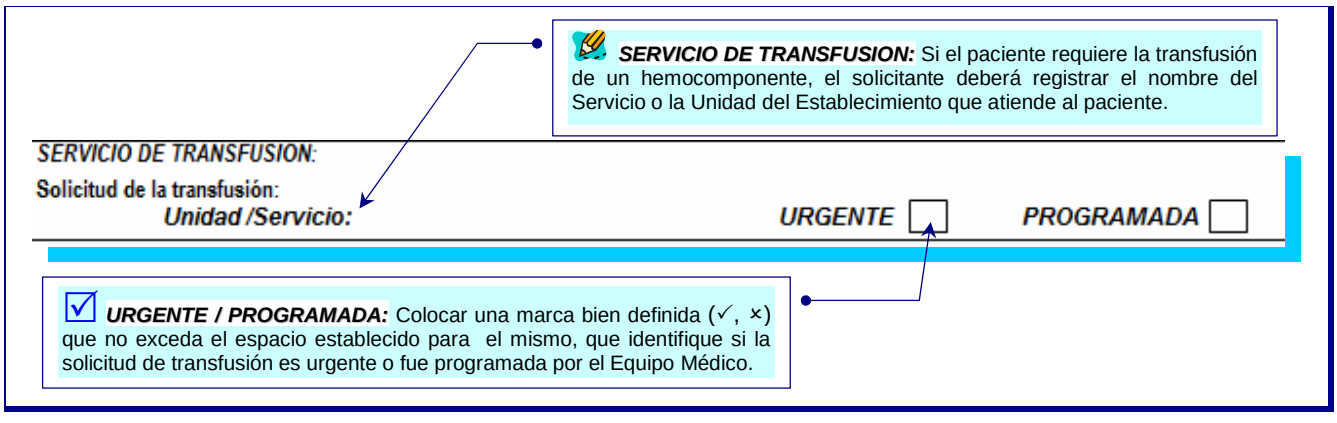
El llenado de la solicitud debe realizarse con letra legible en un original y una copia, tantas veces sea necesario para un mismo paciente, debido a que en la mayoría de los casos, los diferentes servicios contenidos en el Formulario de Solicitud, no son prestados por el mismo profesional o en el mismo ambiente.

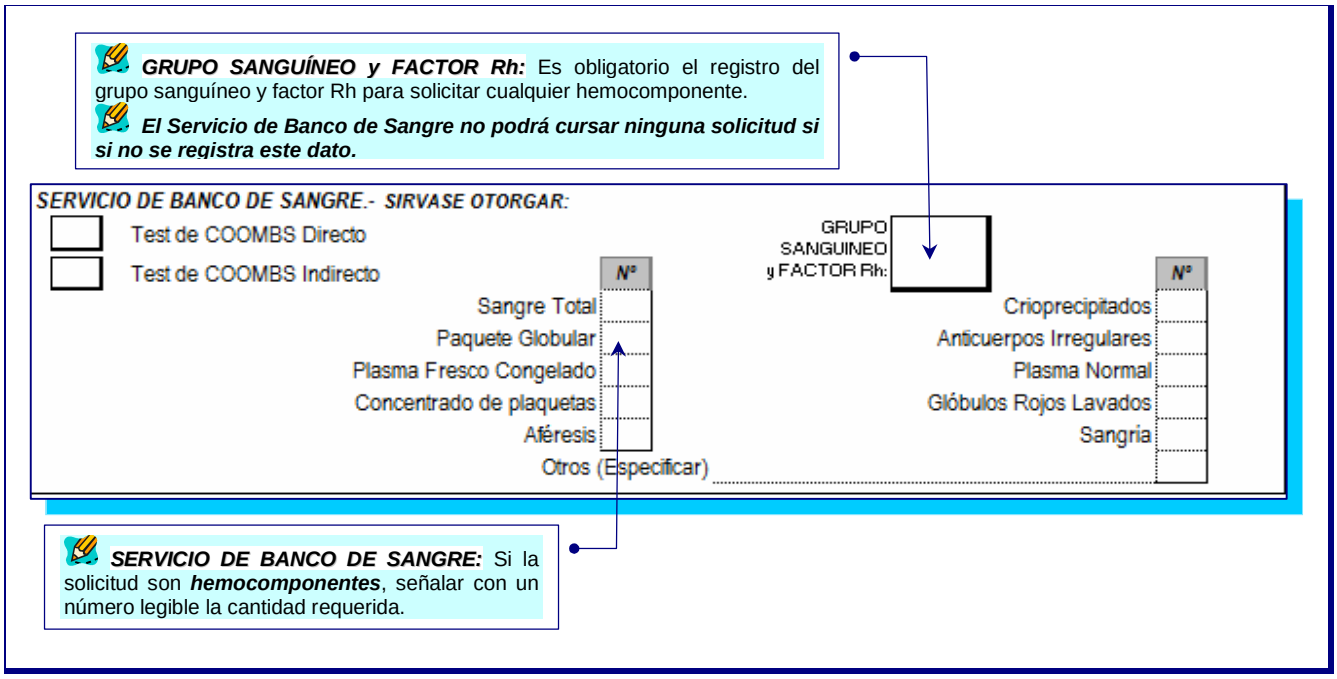
Original:	*Debe ser enviado al servicio de laboratorio, imagenología o servicio de Banco de sangre.*
Copia:	*Archivo del establecimiento.*
2ª Copia:	*(Opcional)*

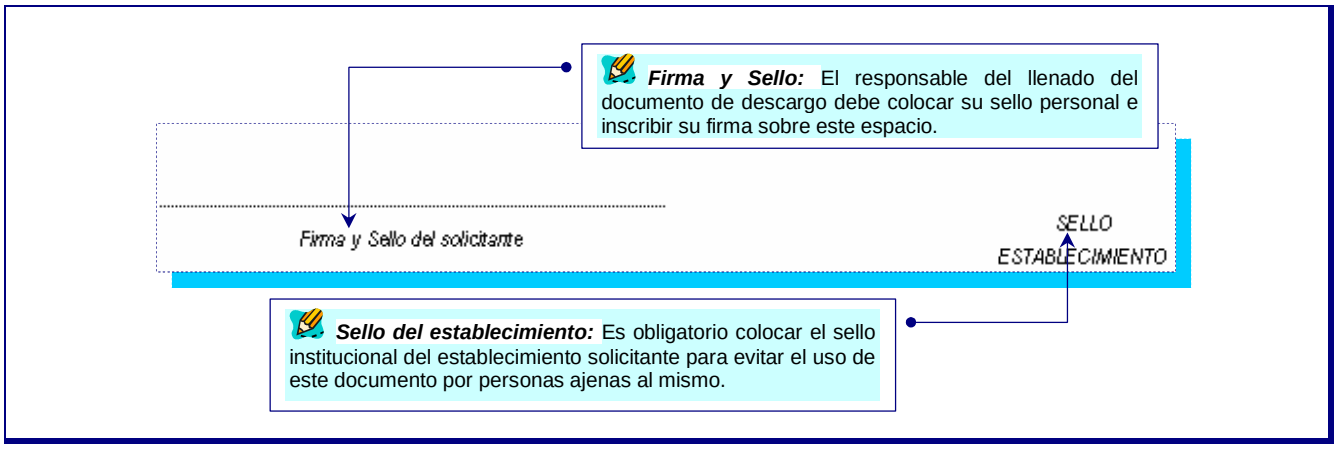

Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el establecimiento solicitante.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la solicitud.
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que corresponde el establecimiento solicitante.
Edad: Señalar la edad del paciente.
Sexo: Marcar sobre la casilla **M** si el paciente es masculino y sobre la casilla **F** si es femenino.
SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA / GABINETE Y SANGRE SEGURA
D-8
RED:
MUNICIPIO:
ESTABLECIMIENTO:
FECHA DE SOLICITUD:
Nº REGISTRO:
NOMBRE:
EDAD:
SEXO:
DIAGNOSTICO CLINICO PRINCIPAL:
Fecha de solicitud: Señalar el día, mes y año de la fecha de solicitud para fines administrativos y estadísticos.
Nombre del paciente: Registrar el nombre y los apellidos del paciente.
Diagnóstico Principal: Registrar, el diagnósticos principal por el cual fue internado el paciente.
Número de registro: Registrar el código del Seguro del paciente.


LABORATORIO.- SIRVASE REALIZAR:
Hemoglobina y hematocrito
Hemograma completo
Examen general de orina
Grupo sanguineo y factor Rh
Glicemia
RPR para Sífilis - VDRL
Baciloscopia seriada
Bilirrubinas totales y fracciones
Coproparasitológico Simple
Coproparasitológico Seriado
Creatinina en orina
Creatinina sérica
Cultivo p/germenes comunes y antibiograma
Factor Reumatoide
Fosfatasa alcalina y acida
Frotis tinción Gram
Gota gruesa y frotis sanguineo +tinción
Inmunoglobulinas IgG, IgM, IgA
Moco fecal
Nitrogeno ureico sérico y úrea
Proteina C Reactiva - PCR
Proteinuria de 24 horas
Prueba de Coombs directa/indirecta
Prueba rápida para sífilis
Tiempo de coagulación y tiempo de sangría
Tiempo de protrombina/TPP
Tinción PAP
Transaminasas TGO-TGP
Test de embarazo en sangre/HCG
Reactantes de fase aguda (VES, Fibrinogeno y PCR)
Reaccion Widal
LABORATORIO: Si la solicitud es uno o varios exámenes de laboratorio, colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para el mismo.

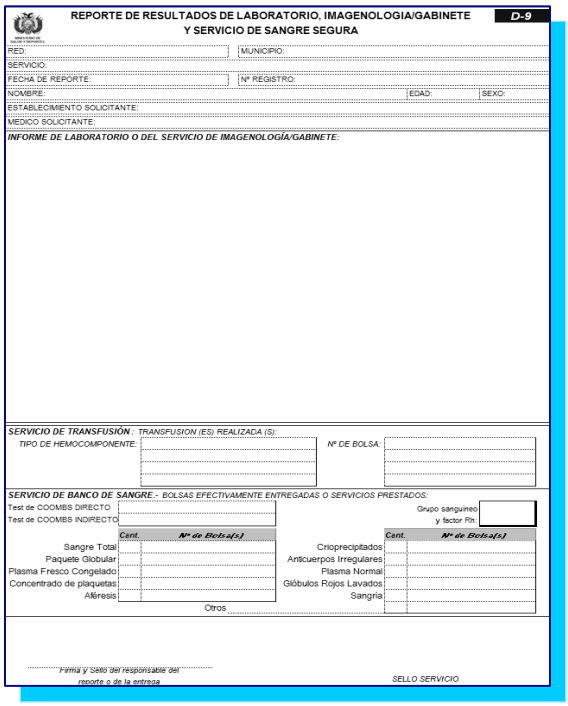

IMAGENOLOGIA: Si la solicitud es un examen de imagenología, especifique el mismo (Ejemplo: Ecografía obstétrica, renal, hepática, pancreática, etc.).
IMAGENOLOGIA.- SIRVASE REALIZAR:
Ecografía
Rayos X
TAC
Endoscopía
Otros estudios de laboratorio o gabinete:
1.-
2.-
3.-
4.-
OTROS ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE: Si la solicitud es un examen de laboratorio no señalado en el documento, u otro examen de Gabinete, especifique el mismo (Ejemplo: Examen de tránsito intestinal)


SERVICIO DE TRANSFUSION: Si el paciente requiere la transfusión de un hemocomponente, el solicitante deberá registrar el nombre del Servicio o la Unidad del Establecimiento que atiende al paciente.
SERVICIO DE TRANSFUSION:
Solicitud de la transfusión:
Unidad /Servicio:
URGENTE
PROGRAMADA
URGENTE / PROGRAMADA: Colocar una marca bien definida (✓, ×) que no exceda el espacio establecido para el mismo, que identifique si la solicitud de transfusión es urgente o fue programada por el Equipo Médico.


GRUPO SANGUÍNEO y FACTOR Rh: Es obligatorio el registro del grupo sanguíneo y factor Rh para solicitar cualquier hemocomponente.
El Servicio de Banco de Sangre no podrá cursar ninguna solicitud si si no se registra este dato.
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE.- SIRVASE OTORGAR:
Test de COOMBS Directo
Test de COOMBS Indirecto
GRUPO SANGUINEO y FACTOR Rh:
Nº
Sangre Total
Paquete Globular
Plasma Fresco Congelado
Concentrado de plaquetas
Aféresis
Otros (Especificar)
Nº
Crioprecipitados
Anticuerpos Irregulares
Plasma Normal
Glóbulos Rojos Lavados
Sangría
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE: Si la solicitud son hemocomponentes, señalar con un número legible la cantidad requerida.


Firma y Sello: El responsable del llenado del documento de descargo debe colocar su sello personal e inscribir su firma sobre este espacio.
Firma y Sello del solicitante
SELLO ESTABLECIMIENTO
Sello del establecimiento: Es obligatorio colocar el sello institucional del establecimiento solicitante para evitar el uso de este documento por personas ajenas al mismo.

Reporte de resultados de Exámenes de Laboratorio, Imagenología/Gabinete y Servicio de Banco de Sangre (Anexo 10)


REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA/GABINETE Y SERVICIO DE SANGRE SEGURA

D-9

RED: MUNICIPIO:

SERVICIO:

FECHA DE REPORTE: Nº REGISTRO:

NOMBRE: EDAD: SEXO:

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:

MEDICO SOLICITANTE:

INFORME DE LABORATORIO O DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA/GABINETE:

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN - TRANSFUSION (ES) REALIZADA (S):

TIPO DE HEMOCOMPONENTE: *Nº DE BOLSA:*

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE.- BOLSAS EFECTIVAMENTE ENTREGADAS O SERVICIOS PRESTADOS:

Test de COOMBS DIRECTO

Test de COOMBS INDIRECTO

Grupo sanguíneo y factor Rh:

	Cant.	Nº de Bolsa(s)		Cant.	Nº de Bolsa(s)
Sangre Total			Crioprecipitados		
Paquete Globular			Anticuerpos Irregulares		
Plasma Fresco Congelado			Plasma Normal		
Concentrado de plaquetas			Glóbulos Rojos Lavados		
Aféresis			Sangría		

Otros

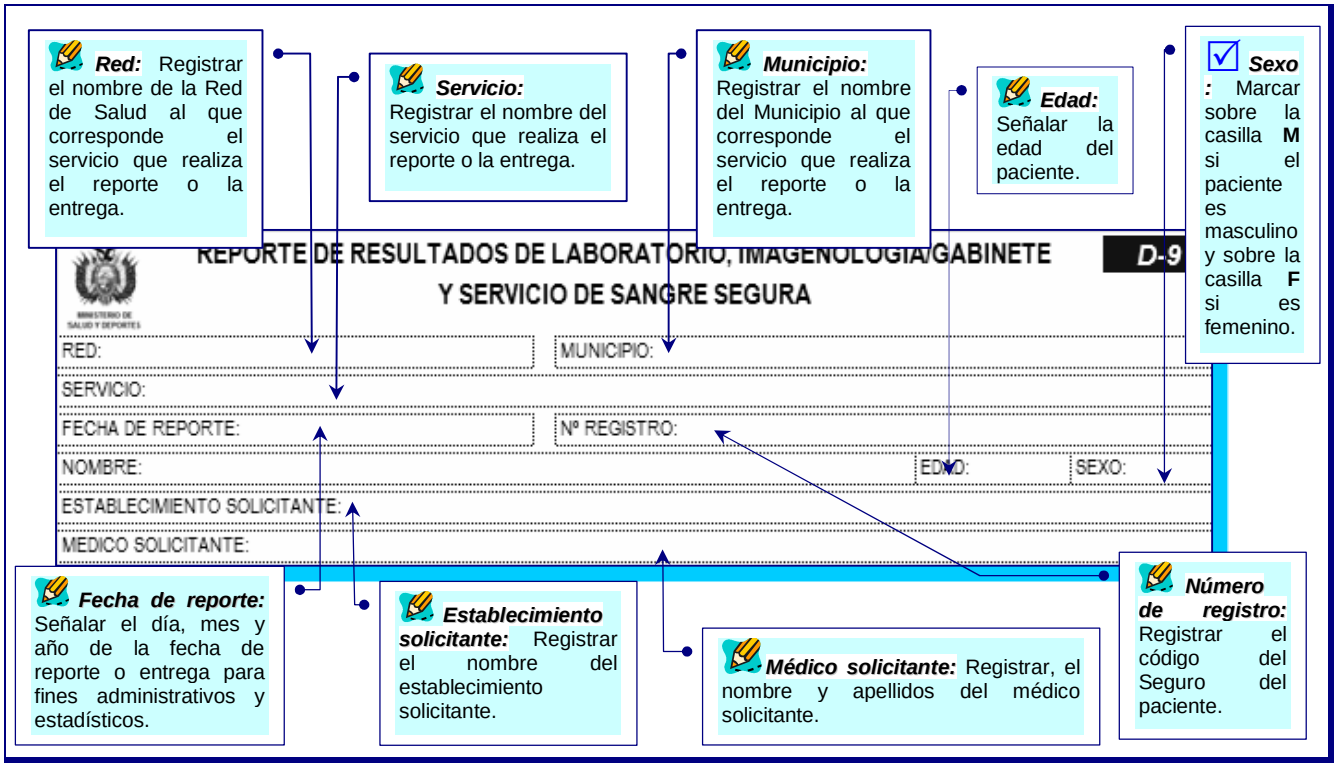
Firma y Sello del responsable del reporte o de la entrega

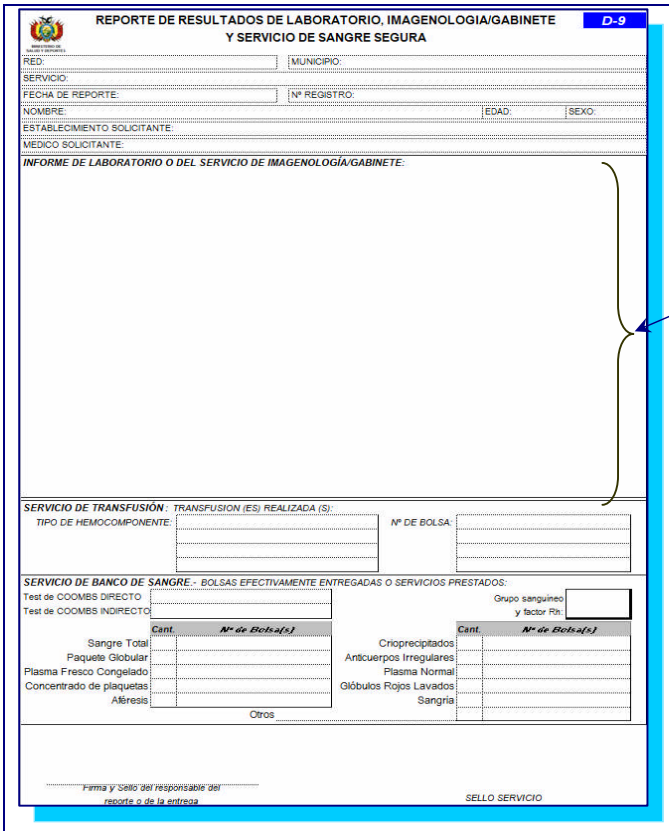
SELLO SERVICIO

El personal de salud responsable de procesar la solicitud de exámenes de laboratorio, imagenología o de entregar componentes sanguíneos tendrá a disposición el documento de ***Reporte de resultados de Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Servicio de Sangre Segura*** con el fin de hacer llegar los resultados al personal de salud que efectúa la atención de los pacientes.

El llenado del reporte debe realizarse con letra legible en un original y una copia.

Original:	*Debe ser enviado al médico del establecimiento solicitante.*
Copia:	*Archivo del Servicio de Laboratorio, Imagenología/Gabinete o Banco de Sangre.*
2ª Copia:	*(Opcional)*


Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el servicio que realiza el reporte o la entrega.
Servicio: Registrar el nombre del servicio que realiza el reporte o la entrega.
Municipio: Registrar el nombre del Municipio al que corresponde el servicio que realiza el reporte o la entrega.
Edad: Señalar la edad del paciente.
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.
REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA/GABINETE
Y SERVICIO DE SANGRE SEGURA
D-9
RED:
MUNICIPIO:
SERVICIO:
FECHA DE REPORTE:
Nº REGISTRO:
NOMBRE:
EDAD:
SEXO:
ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:
MEDICO SOLICITANTE:
Fecha de reporte: Señalar el día, mes y año de la fecha de reporte o entrega para fines administrativos y estadísticos.
Establecimiento solicitante: Registrar el nombre del establecimiento solicitante.
Médico solicitante: Registrar, el nombre y apellidos del médico solicitante.
Número de registro: Registrar el código del Seguro del paciente.



REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA/GABINETE Y SERVICIO DE SANGRE SEGURA

D-9

RED:
MUNICIPIO:
SERVICIO:
FECHA DE REPORTE:
Nº REGISTRO:
NOMBRE:
EDAD:
SEXO:
ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:
MEDICO SOLICITANTE:

INFORME DE LABORATORIO O DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA/GABINETE:

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: TRANSFUSION (ES) REALIZADA (S):
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:
Nº DE BOLSA:

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE.- BOLSAS EFECTIVAMENTE ENTREGADAS O SERVICIOS PRESTADOS:
Test de COOMBS DIRECTO
Test de COOMBS INDIRECTO
Grupo sanguíneo y factor Rh:

	Cant.	Nº de Bolsa(s)		Cant.	Nº de Bolsa(s)
Sangre Total			Crioprecipitados		
Paquete Globular			Anticuerpos Irregulares		
Plasma Fresco Congelado			Plasma Normal		
Concentrado de plaquetas			Glóbulos Rojos Lavados		
Aféresis			Sangria		

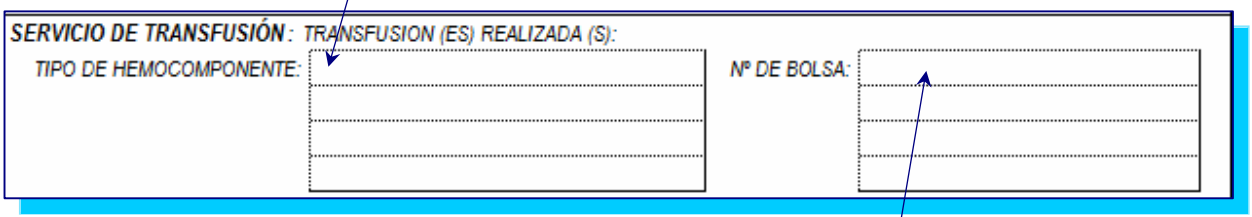
Otros

Firma y Sello del responsable del reporte o de la entrega

SELLO SERVICIO

Informe de Laboratorio o del Servicio de Imagenología: Espacio destinado al reporte de los resultados de Laboratorio o Imagenología.

TRANSFUSION REALIZADA: El Servicio de Transfusión Hospitalaria deberá registrar el los) hemocomponente(s) transfundido(s) al paciente ante solicitud del Médico tratante.

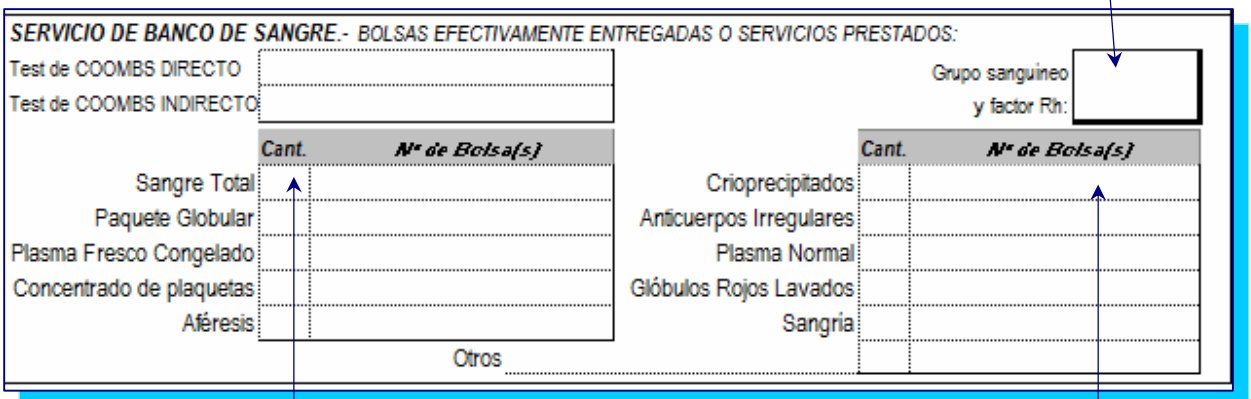


SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: TRANSFUSION (ES) REALIZADA (S):
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:
Nº DE BOLSA:

Nº DE BOLSA: El Servicio de Transfusión Hospitalaria deberá registrar el número de Bolsa del(los) hemocomponente(s) transfundido(s) al paciente.

GRUPO SANGUÍNEO y FACTOR Rh: Registre el grupo sanguíneo y factor Rh de los hemocomponentes entregados.

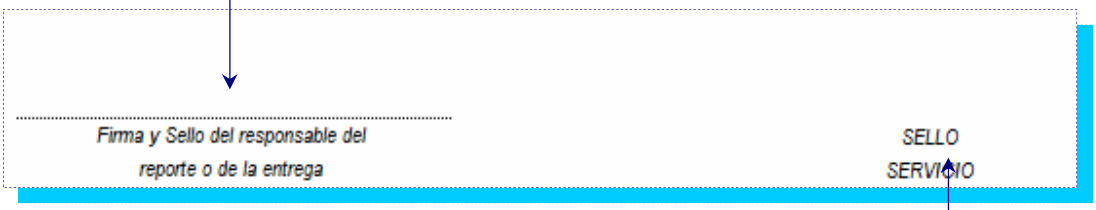
El Servicio de Banco de Sangre no podrá cursar ninguna solicitud si el servicio solicitante no registró este dato.



Cantidad: Registre la cantidad de Bolsas de hemocomponentes entregados al servicio solicitante.

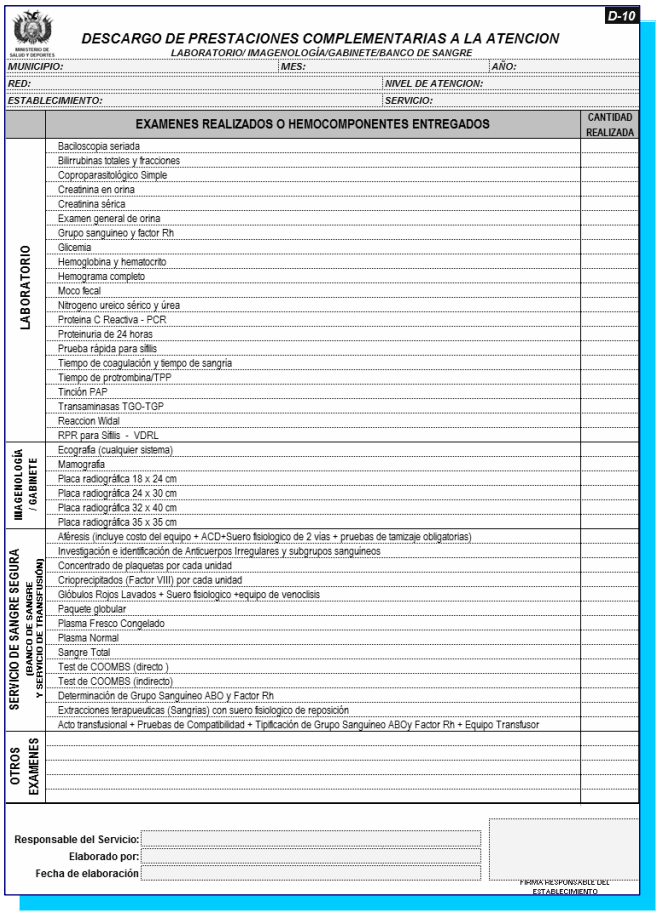
Nº de Bolsa(s): Registre el número de bolsa asignado por el Banco de Sangre. Este número certifica el hemocomponente como ***SANGRE SEGURA*** e identifica la Bolsa entregada.

Firma y Sello: El responsable del llenado del reporte o de la entrega de hemocomponentes debe colocar su sello personal e inscribir su firma sobre este espacio.



Sello del servicio: Es obligatorio colocar el sello institucional del servicio que efectuó el reporte o la entrega para evitar el uso de este documento por personas ajenas al mismo.

Descargo de Prestaciones Complementarias a la atención (Anexo 11)



D-10

DESCARGO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ATENCION
LABORATORIO/ IMAGENOLOGÍA/GABINETE/BANCO DE SANGRE

MUNICIPIO: | MES: | AÑO:
RED: | NIVEL DE ATENCION:
ESTABLECIMIENTO: | SERVICIO:

	EXAMENES REALIZADOS O HEMOCOMPONENTES ENTREGADOS	CANTIDAD REALIZADA
LABORATORIO	Baciloscopia seriada	
	Bilirrubinas totales y fracciones	
	Coproparasitológico Simple	
	Creatinina en orina	
	Creatinina sérica	
	Examen general de orina	
	Grupo sanguíneo y factor Rh	
	Glicemia	
	Hemoglobina y hematocrito	
	Hemograma completo	
	Moco fecal	
	Nitrogeno ureico sérico y úrea	
	Proteina C Reactiva - PCR	
	Proteinuria de 24 horas	
	Prueba rápida para sífilis	
	Tiempo de coagulación y tiempo de sangria	
	Tiempo de protrombina/TPP	
	Tinción PAP	
	Transaminasas TGO-TGP	
	Reaccion Widal	
	RPR para Sífilis - VDRL	
IMAGENOLOGÍA / GABINETE	Ecografía (cualquier sistema)	
	Mamografía	
	Placa radiográfica 18 x 24 cm	
	Placa radiográfica 24 x 30 cm	
	Placa radiográfica 32 x 40 cm	
	Placa radiográfica 35 x 35 cm	
SERVICIO DE SANGRE SEGURA (BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFISION)	Aféresis (incluye costo del equipo + ACD+Suero fisiologico de 2 vias + pruebas de tamizaje obligatorias)	
	Investigación e identificación de Anticuerpos Irregulares y subgrupos sanguíneos	
	Concentrado de plaquetas por cada unidad	
	Crioprecipitados (Factor VIII) por cada unidad	
	Glóbulos Rojos Lavados + Suero fisiologico +equipo de venoclisis	
	Paquete globular	
	Plasma Fresco Congelado	
	Plasma Normal	
	Sangre Total	
	Test de COOMBS (directo)	
	Test de COOMBS (indirecto)	
	Determinación de Grupo Sanguíneo ABO y Factor Rh	
	Extracciones terapeuticas (Sangrias) con suero fisiologico de reposición	
	Acto transfusional + Pruebas de Compatibilidad + Tipificación de Grupo Sanguíneo ABOy Factor Rh + Equipo Transfusor	
OTROS EXAMENES		

Responsable del Servicio:
Elaborado por:
Fecha de elaboración

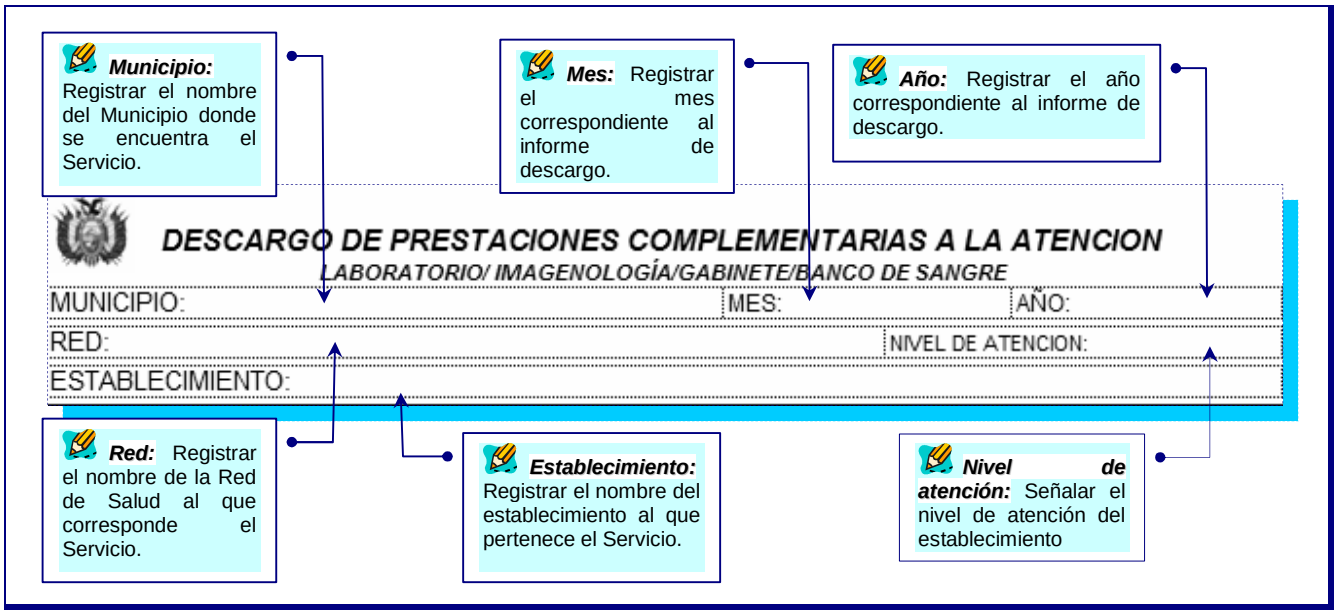
FIRMA RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

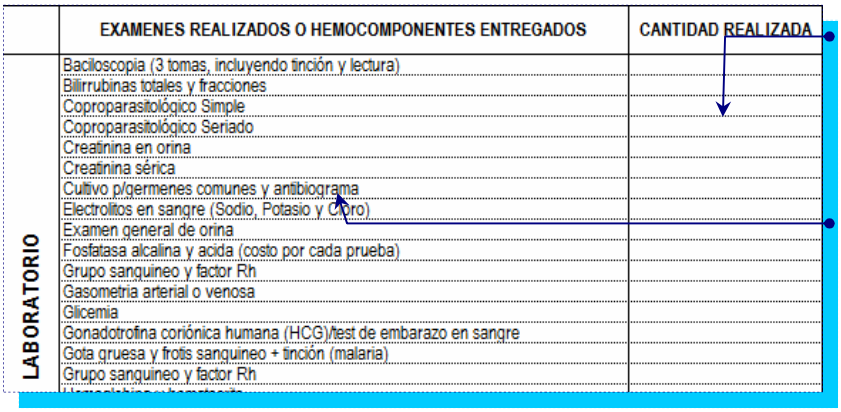
El personal responsable de los servicios de Laboratorio, Imagenología, Gabinete o Banco de Sangre deberá realizar el descargo de las pruebas realizadas mediante el documento de ***Descargo de Prestaciones Complementarias a la atención*** para que sea registrado en el Sistema Informático SALMI, el cual consolidará todas las prestaciones realizadas por el establecimiento en el ***Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES***.

Los establecimientos que efectúen Prestaciones Complementarias pero que mantienen los procedimientos administrativos manuales, deberán transcribir los datos registrados en el documento al REPES del mes correspondiente.

El Documento de descargo debe ser llenado en un original y dos copias de la siguiente manera:

Original:	*Debe ser adjuntado a la solicitud de pago al Gobierno Municipal.*
1ª Copia:	*Coordinación de Red*
2ª Copia:	*Archivo del Establecimiento de Salud.*


Municipio: Registrar el nombre del Municipio donde se encuentra el Servicio.
Mes: Registrar el mes correspondiente al informe de descargo.
Año: Registrar el año correspondiente al informe de descargo.
DESCARGO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ATENCION
LABORATORIO/ IMAGENOLOGÍA/GABINETE/BANCO DE SANGRE
MUNICIPIO:
MES:
AÑO:
RED:
NIVEL DE ATENCION:
ESTABLECIMIENTO:
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el Servicio.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento al que pertenece el Servicio.
Nivel de atención: Señalar el nivel de atención del establecimiento

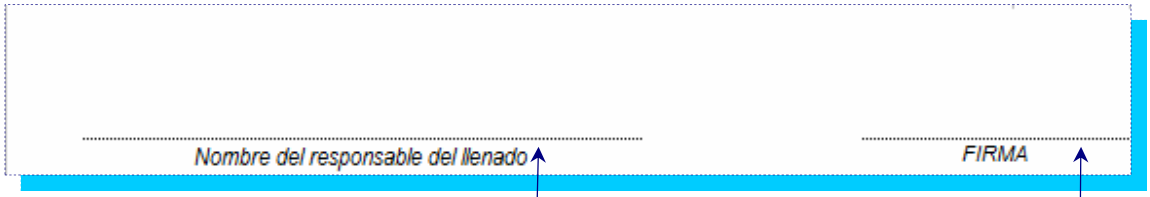


	EXAMENES REALIZADOS O HEMOCOMPONENTES ENTREGADOS	CANTIDAD REALIZADA
LABORATORIO	Baciloscopia (3 tomas, incluyendo tinción y lectura)	
	Bilirrubinas totales y fracciones	
	Coproparasitológico Simple	
	Coproparasitológico Seriado	
	Creatinina en orina	
	Creatinina sérica	
	Cultivo p/germenes comunes y antibiograma	
	Electrolitos en sangre (Sodio, Potasio y Cloro)	
	Examen general de orina	
	Fosfatasa alcalina y acida (costo por cada prueba)	
	Grupo sanguineo y factor Rh	
	Gasometria arterial o venosa	
	Glicemia	
	Gonadotrofina coriónica humana (HCG)/test de embarazo en sangre	
	Gota gruesa y frotis sanguineo + tinción (malaria)	
	Grupo sanguineo y factor Rh	

Cantidad: Registrar el número de exámenes de laboratorio que fueron realizadas durante el mes.

EXAMENES REALIZADOS: Registrar los exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología/gabinete que fueron realizados y los hemocomponentes entregados durante el mes.

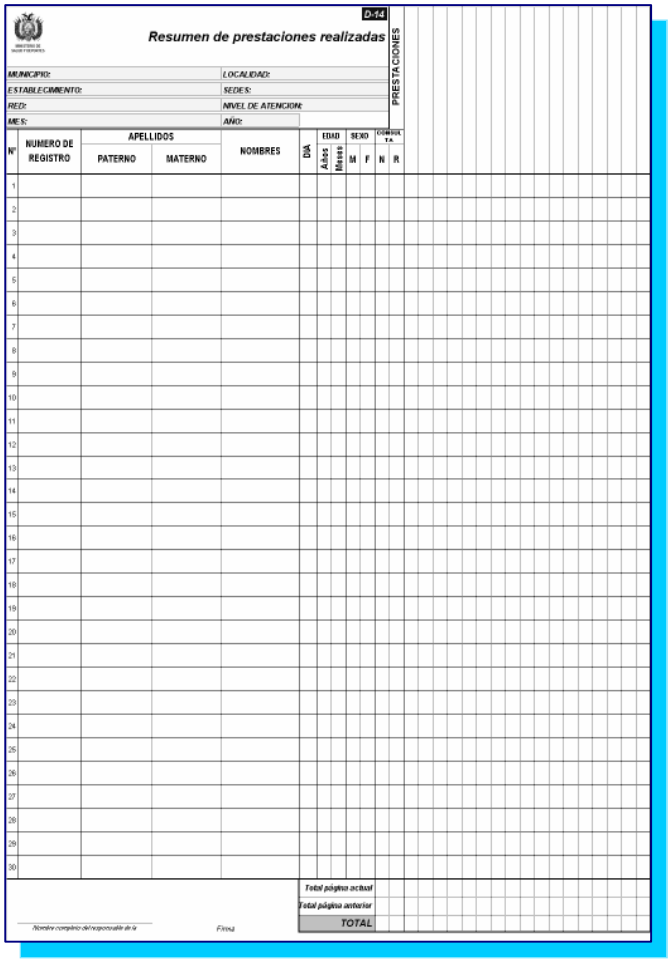
Para reducir el tiempo de llenado del documento de Descargo, cada establecimiento podrá preimprimir los exámenes de laboratorio, imagenología/gabinete y servicio de Sangre Segura que otorga.



Nombre del Responsable: Registrar el nombre completo o sello personal del responsable del registro de los datos del formulario.

Firma: El responsable del llenado del documento de descargo debe inscribir su firma sobre este espacio.

Resumen de Prestaciones Realizadas *(Anexo 12)*

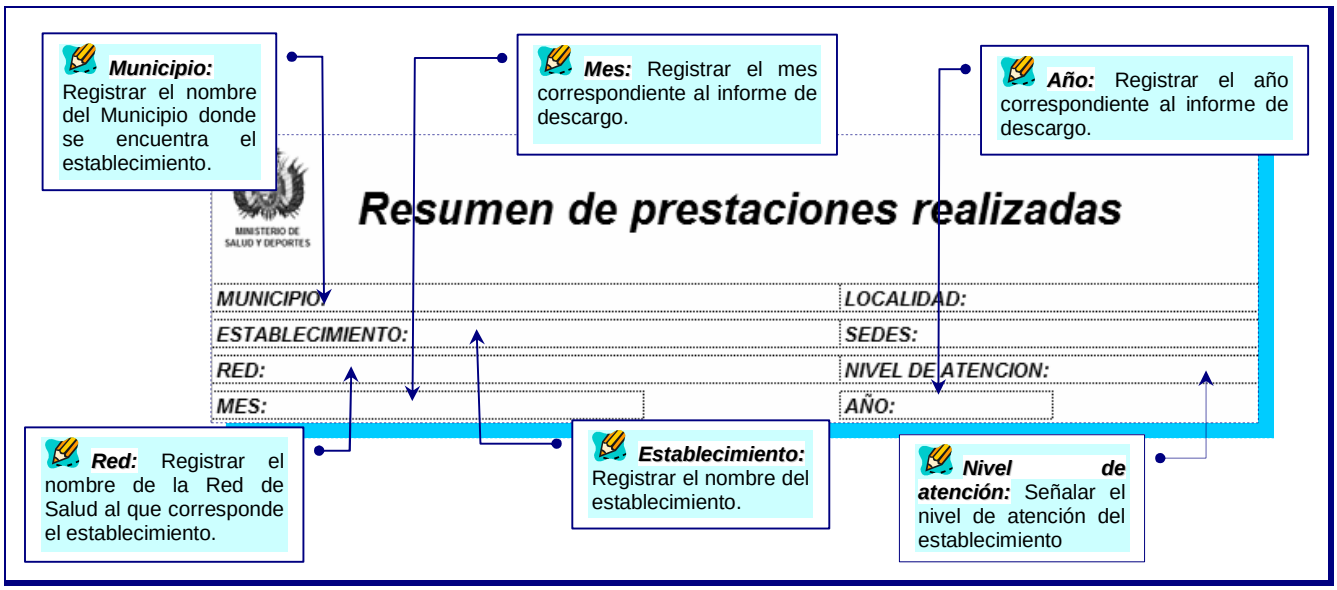


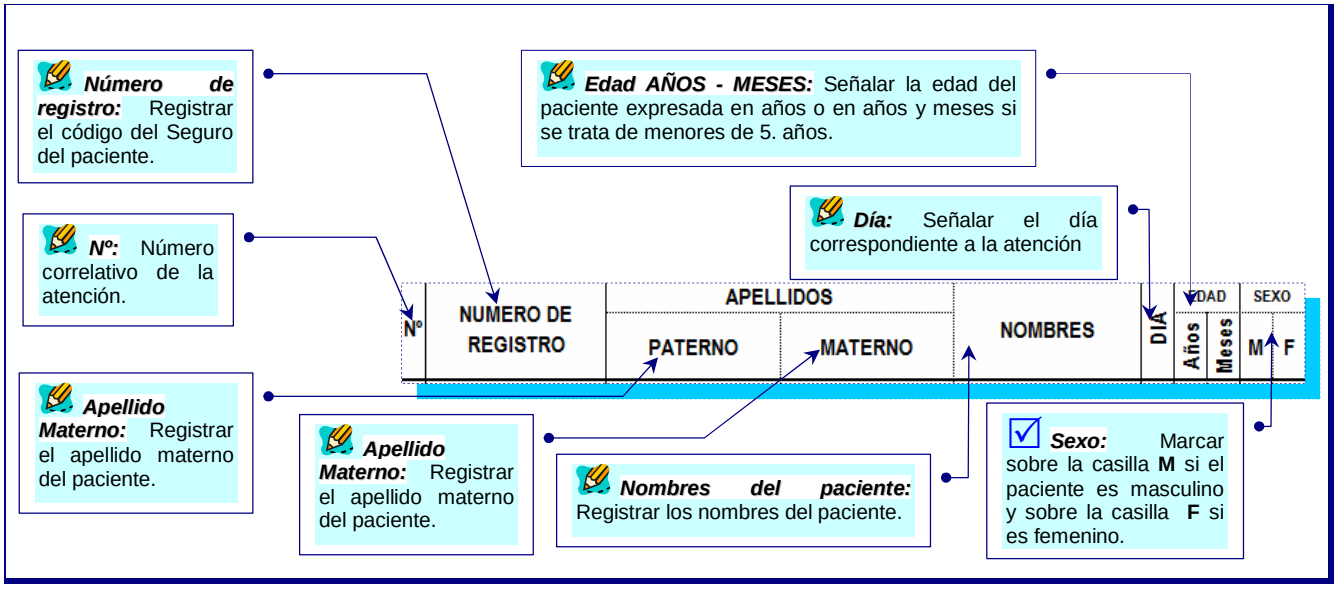
El personal responsable de la administración del Sistema Informático SALMI, podrá generar automáticamente este reporte siguiendo los pasos establecidos en el ***Manual del Usuario SALMI***.

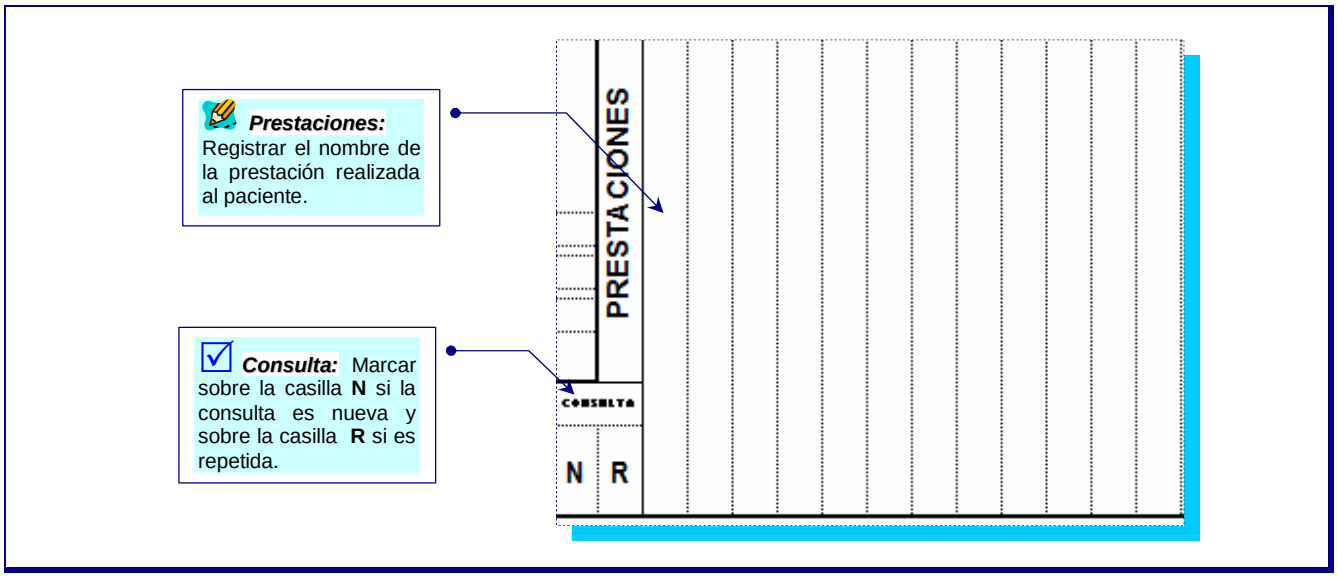
Los establecimientos que realizan los procedimientos manualmente, deberán efectuar el llenado de este documento con letra legible en un original y dos copias:

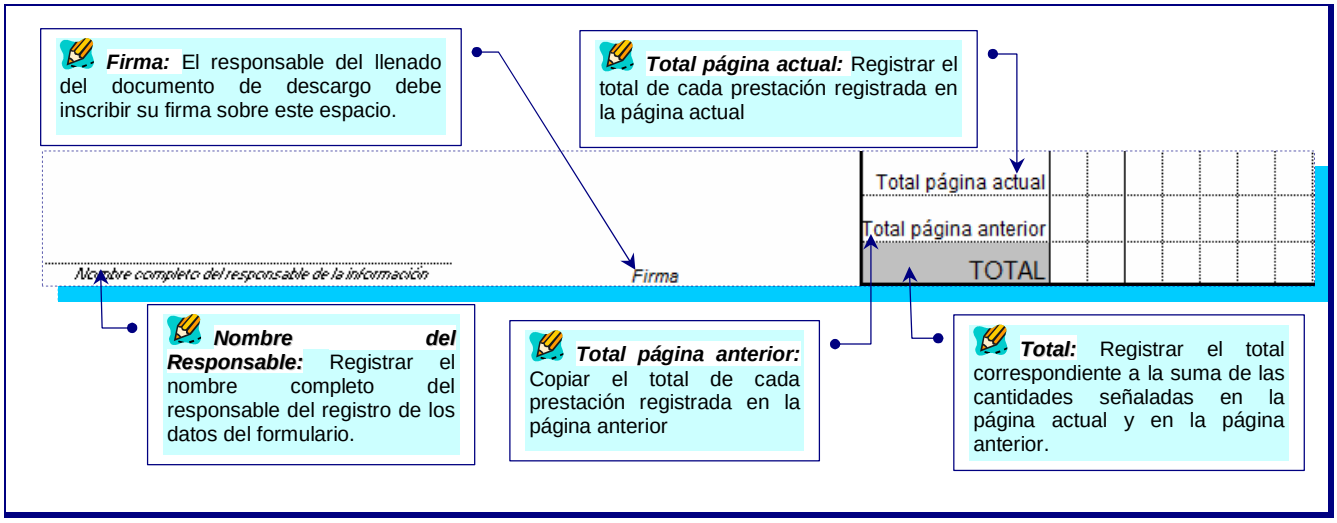
Original:	*Debe ser adjuntado a la solicitud de pago al Gobierno Municipal.*
1ª Copia:	*Coordinación de Red*
2ª Copia:	*Archivo del Establecimiento de Salud.*

Se autoriza, de manera provisional, el uso de los Formularios de Registro de Atención Ambulatoria del SUMI (***Formulario Nº 1***) para el registro de prestaciones realizadas, hasta que el establecimiento agote los saldos existentes.

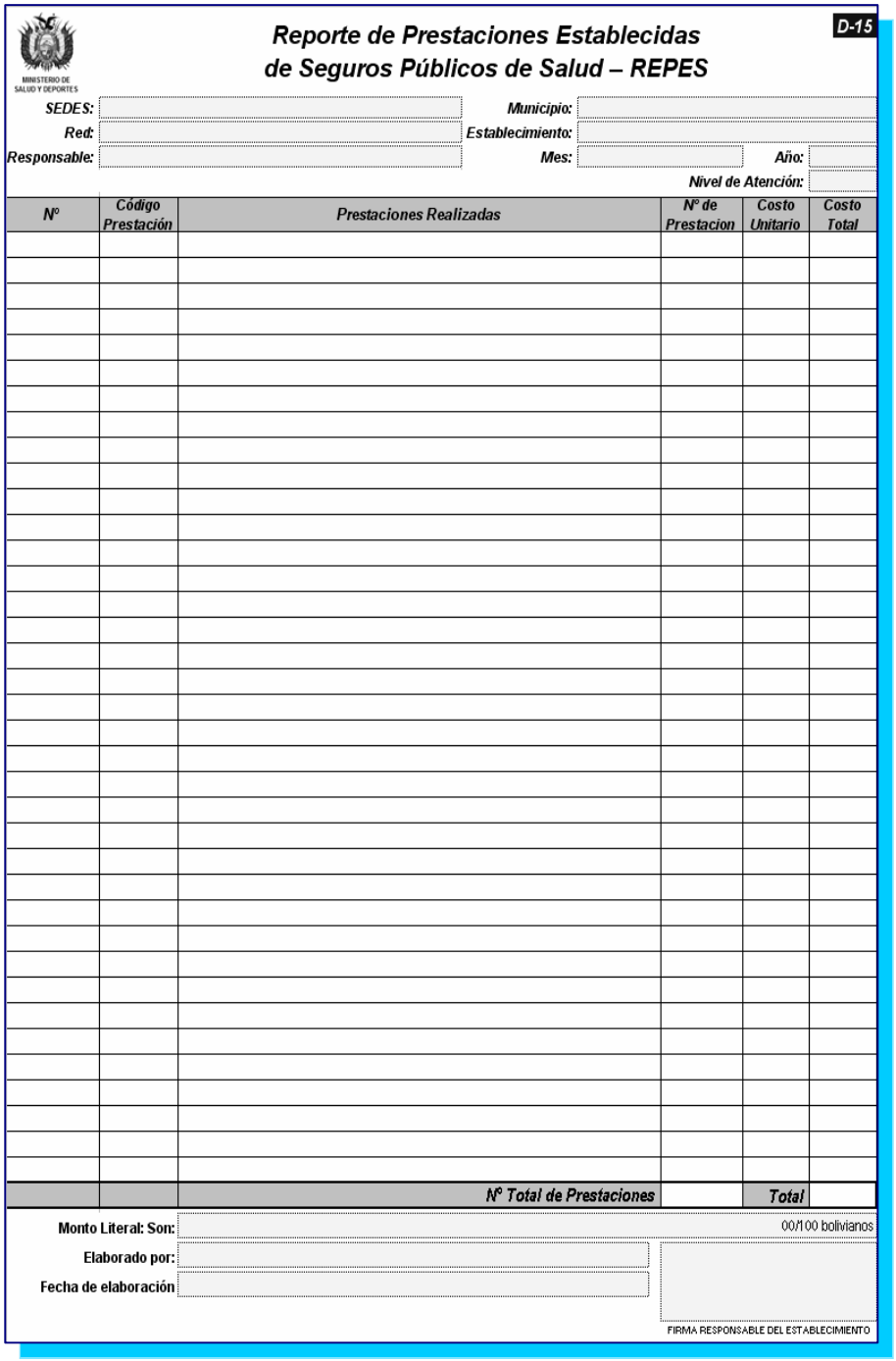

Municipio: Registrar el nombre del Municipio donde se encuentra el establecimiento.
Mes: Registrar el mes correspondiente al informe de descargo.
Año: Registrar el año correspondiente al informe de descargo.
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Resumen de prestaciones realizadas
MUNICIPIO
LOCALIDAD:
ESTABLECIMIENTO:
SEDES:
RED:
NIVEL DE ATENCION:
MES:
AÑO:
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que corresponde el establecimiento.
Establecimiento: Registrar el nombre del establecimiento.
Nivel de atención: Señalar el nivel de atención del establecimiento


Número de registro: Registrar el código del Seguro del paciente.
Edad AÑOS - MESES: Señalar la edad del paciente expresada en años o en años y meses si se trata de menores de 5. años.
Día: Señalar el día correspondiente a la atención
Nº: Número correlativo de la atención.
Nº
NUMERO DE REGISTRO
APELLIDOS
PATERNO
MATERNO
NOMBRES
DIA
EDAD
Años
Meses
SEXO
M F
Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Apellido Materno: Registrar el apellido materno del paciente.
Nombres del paciente: Registrar los nombres del paciente.
Sexo: Marcar sobre la casilla M si el paciente es masculino y sobre la casilla F si es femenino.


Prestaciones: Registrar el nombre de la prestación realizada al paciente.
PRESTACIONES
Consulta: Marcar sobre la casilla N si la consulta es nueva y sobre la casilla R si es repetida.
CONSULTA
N R


Firma: El responsable del llenado del documento de descargo debe inscribir su firma sobre este espacio.
Total página actual: Registrar el total de cada prestación registrada en la página actual
Total página actual
Total página anterior
TOTAL
Nombre completo del responsable de la información
Firma
Nombre del Responsable: Registrar el nombre completo del responsable del registro de los datos del formulario.
Total página anterior: Copiar el total de cada prestación registrada en la página anterior
Total: Registrar el total correspondiente a la suma de las cantidades señaladas en la página actual y en la página anterior.

Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud (Anexo 13)



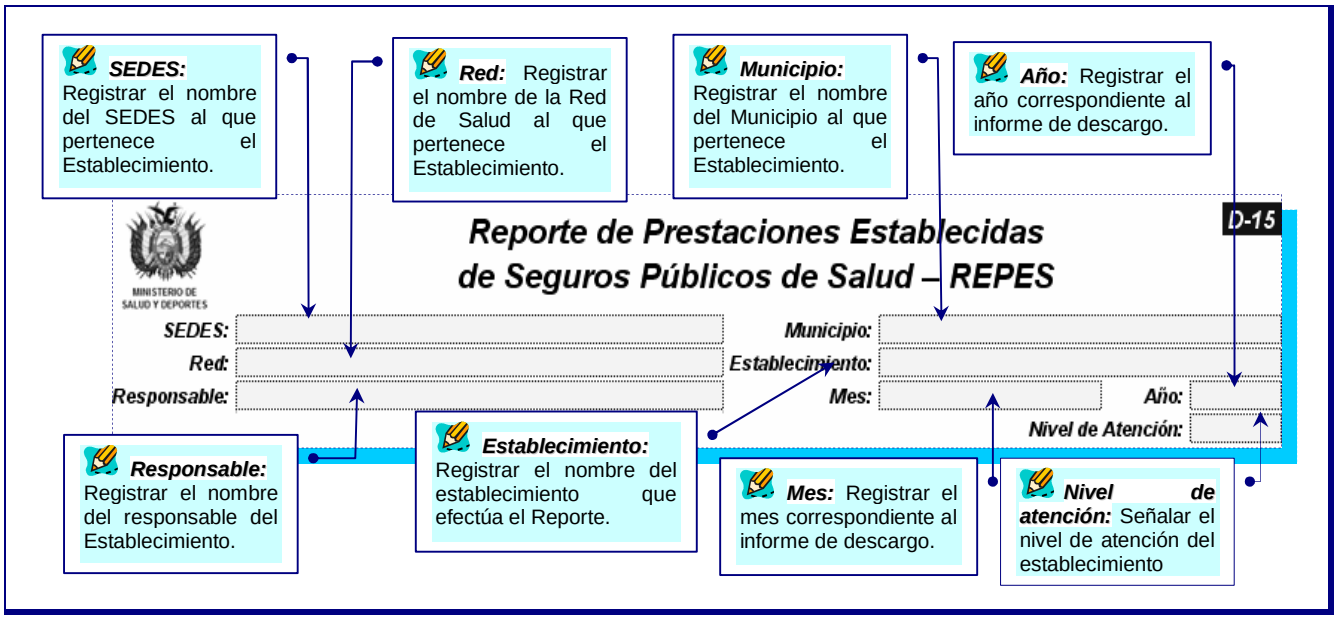
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

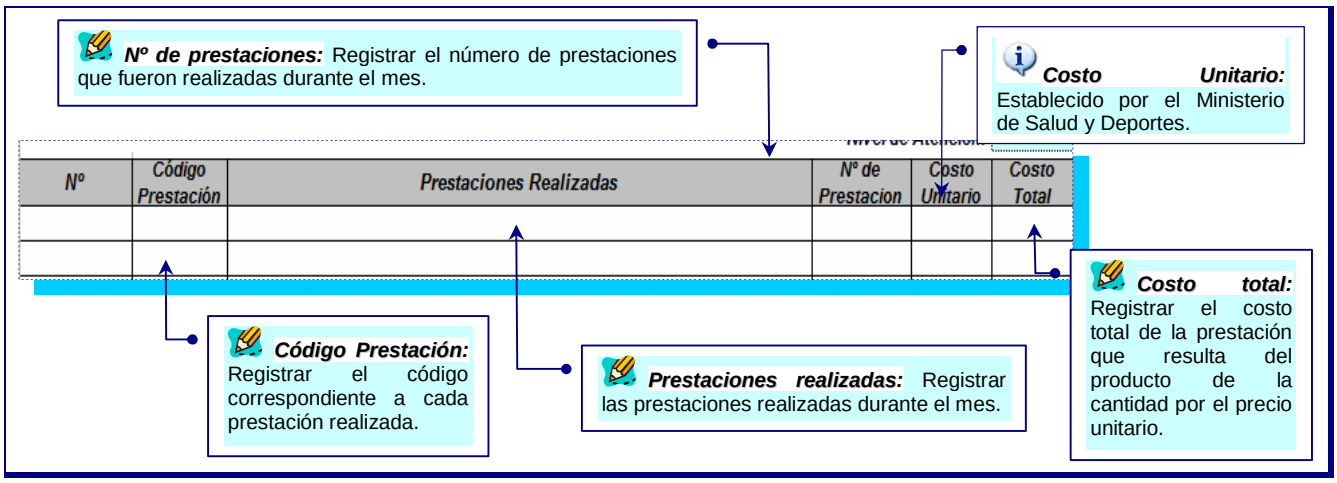
Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES

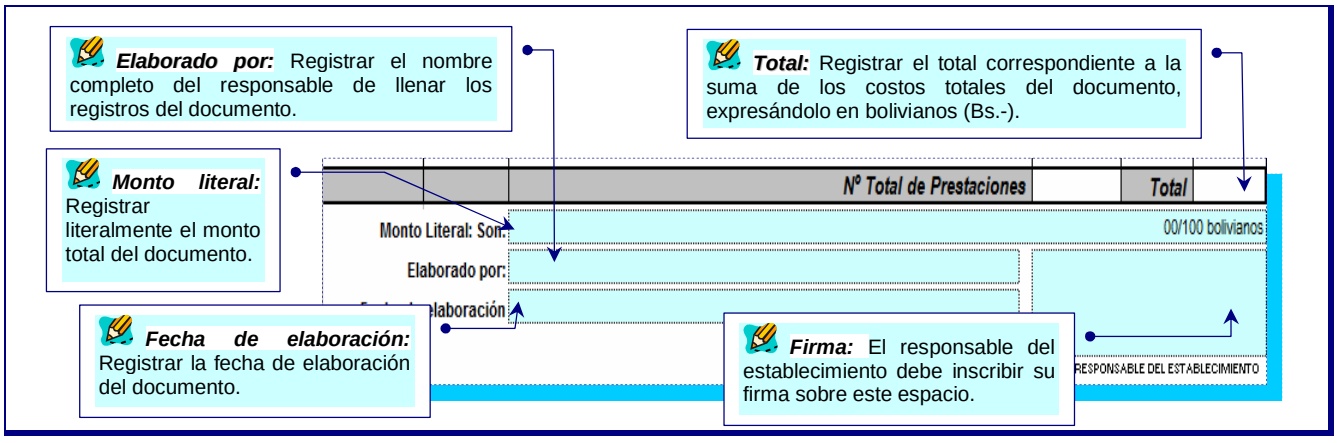
D-15

SEDES: Municipio:
Red: Establecimiento:
Responsable: Mes: Año:
Nivel de Atención:

Nº	Código Prestación	Prestaciones Realizadas	Nº de Prestacion	Costo Unitario	Costo Total


SEDES:
Registrar el nombre del SEDES al que pertenece el Establecimiento.
Red: Registrar el nombre de la Red de Salud al que pertenece el Establecimiento.
Municipio:
Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el Establecimiento.
Año: Registrar el año correspondiente al informe de descargo.
Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES
D-15
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
SEDES:
Red:
Responsable:
Municipio:
Establecimiento:
Mes:
Año:
Nivel de Atención:
Responsable:
Registrar el nombre del responsable del Establecimiento.
Establecimiento:
Registrar el nombre del establecimiento que efectúa el Reporte.
Mes: Registrar el mes correspondiente al informe de descargo.
Nivel de atención: Señalar el nivel de atención del establecimiento


Nº de prestaciones: Registrar el número de prestaciones que fueron realizadas durante el mes.
Costo Unitario:
Establecido por el Ministerio de Salud y Deportes.
Nº
Código Prestación
Prestaciones Realizadas
Nº de Prestacion
Costo Unitario
Costo Total
Código Prestación:
Registrar el código correspondiente a cada prestación realizada.
Prestaciones realizadas: Registrar las prestaciones realizadas durante el mes.
Costo total:
Registrar el costo total de la prestación que resulta del producto de la cantidad por el precio unitario.


Elaborado por: Registrar el nombre completo del responsable de llenar los registros del documento.
Total: Registrar el total correspondiente a la suma de los costos totales del documento, expresándolo en bolivianos (Bs.-).
Monto literal:
Registrar literalmente el monto total del documento.
Nº Total de Prestaciones
Total
Monto Literal: Son:
00/100 bolivianos
Elaborado por:
Fecha de elaboración:
Registrar la fecha de elaboración del documento.
Firma: El responsable del establecimiento debe inscribir su firma sobre este espacio.
RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

Módulo Dos

Procedimientos Administrativos

Seguro de Salud Para el Adulto Mayor

SSPAM

Autor:

Lic. Daniel Huayta Monastérios (MSD)

Revisión Técnica

Dra. Carla Márquez Cabezas (MSD)
Dr. Félix Chuquimia Mamani (MSD)
Dr. V. Reynaldo Aguilar Álvarez (MSD)
Lic. Mauricio Zárate (MSD)
Lic. Marco Antonio Márquez (MSD)
Lic. Blanca Kremsberger (MSD)
Lic. Hugo Charca Quispe (MSD)
Dr. Dante Ergueta Jiménez (MSD)

Edición:

Dra. Carla Márquez Cabezas (MSD)
Dr. Félix Chuquimia (MSD)
Lic. Blanca Kremsberger (MSD)
Lic. Daniel Huayta Monasterios (MSD)
Dr. Dante Ergueta Jiménez (MSD)
Lic. Roberto Avila Cárcamo (Consultor)

Antecedentes

Mediante Ley 3323 del 16 de enero del 2006, se crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor "SSPAM", en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito, con el objetivo de otorgar prestaciones de salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.

El Ministerio de Salud y Deportes, en su calidad de ente rector y normativo de la salud a nivel Nacional, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM), en todos los niveles establecidos.

También cuenta con el:

Decreto Supremo Nº 28968 del 13 de diciembre del 2006, que tiene por objetivo principal reglamentar los alcances de la Ley Nº 3323, mediante la regulación del régimen de afiliación, prestaciones, gestión, fiscalización y financiamiento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor "SSPAM".

El artículo 2 del Decreto Supremo Nº 28968, menciona que las normas contenidas en el presente Decreto Supremo del Seguro de Salud del Adulto Mayor, tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones, comprendidas en su campo de aplicación.

Asimismo, en el artículo 20, incisos c y e, se menciona:

c) El Ministerio de Salud y Deportes es responsable de elaborar y dictar las normas que rigen el funcionamiento y aplicación del Seguro de Salud del Adulto Mayor a nivel nacional.

e) La reglamentación, regulación, coordinación y supervisión de la aplicación del SSPAM, estará a cargo de la Unidad Nacional de Gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor "SSPAM".

La Dirección General de Seguros de Salud y la Unidad de Seguros Públicos del Ministerio de Salud y Deportes, ponen a disposición del equipo de salud y de los responsables de las diferentes instancias de gestión del Seguro, el Manual de Procedimientos Administrativos del SSPAM con el fin de permitir un correcto cumplimiento de la normativa y lograr la satisfacción de los beneficiarios y de los componentes del equipo de salud.

Para el logro de este fin, es fundamental crear los espacios necesarios para la difusión, análisis, discusión y aclaración de las diferentes dudas que pudieran surgir dentro del equipo de salud que aplicará los diferentes procedimientos, mediante la lectura, comprensión y aplicación del instrumento operativo.

Procedimientos administrativos

De acuerdo a la capacidad técnica y logística del municipio o establecimiento de salud, se establecen dos modalidades de aplicación de los procedimientos administrativos:

1. *Procedimientos manuales.*
2. *Procedimientos informatizados.*

Procedimientos manuales

Los procedimientos manuales, deben ser realizados solo por el personal del municipio o establecimiento de salud, que por algún motivo no hubiesen implementado el Sistema Informático de Afiliación de Seguros Públicos – SASP (*Ej. Problemas de logística, ausencia de equipo de computación, falta de energía eléctrica, etc.*), los mismos que deben ser especificados para justificar dicha imposibilidad mediante nota ante el DILOS a través de la Coordinación de Red y SEDES, Asimismo, debe ser necesariamente de conocimiento (*envió de la nota mencionada*) del Ministerio de Salud y Deportes, debiendo garantizar el flujo de la información (*reportes*).

Si la causa de la no implementación fuera subsanable por el equipo de salud, la Dirección del Establecimiento, el DILOS, la Coordinación de Red, el Gobierno Municipal o el SEDES; los procedimientos manuales deberán ser reemplazados por los procedimientos informatizados en el menor plazo posible, con un compromiso escrito al MSyD a través de las instancias correspondientes (Gobiernos Municipales “GM”, Establecimientos de Salud “ES”, Coordinadores de Red “CR” y Servicio Departamental de Salud “SEDES”).

Procedimientos informatizados

Los procedimientos informatizados, son aquellos basados en el ***Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP,*** establecido por el Ministerio de Salud y Deportes y se constituye en el sistema desarrollado para consolidar la información generada que permitirá realizar el control necesario, seguimiento y monitoreo del Gobierno Municipal, Coordinaciones de Red, SEDES y Ministerio de Salud y Deportes.

El Sistema de Afiliación de Seguros Públicos SASP, debe ***implementarse en las oficinas en la Unidad Municipal de Afiliación de los Gobiernos Municipales.***

Los Gobiernos Municipales y/o establecimientos de salud que cuentan con cualquier otro sistema informático, deben ajustarlos a los parámetros técnicos del ***Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP***, para posibilitar la consolidación de la información en el SASP.

Instrumentos administrativos

Se establecen como instrumentos del ***Seguro de Salud Para el Adulto Mayor "SSPAM"*** los siguientes documentos administrativos y médico – legales:

NOMBRE	DESCRIPCION DEL DOCUMENTO	RESPONSABILIDAD	ENCARGADO DEL LLENADO
Carnet de Asegurado	Carnet de Asegurado	Gobierno Municipal	Responsable de Afiliación
Form SSPAM N° 01	Ficha de afiliación Municipal	Gobierno Municipal	Responsable de Afiliación
Form SSPAM N°02	Registro Anual del SSPAM	Gobierno Municipal	Responsable de Afiliación
Form SSPAM N° 03	Nómina de Asegurados (altas)	Gobierno Municipal	Responsable de Afiliación
Form SSPAM N° 04	Nómina de Asegurados (bajas)	Gobierno Municipal	Responsable de Afiliación
Form SSPAM N° 05	Prestaciones Atendidas	Establecimientos de Salud	Personal de Salud
Form SSPAM N° 06	Referencia y Retorno	Establecimientos de Salud	Médico ó Personal de Salud
Form SSPAM N° 07	Atención de Contingencia	Establecimientos de Salud	Médico ó Personal de Salud
Form SSPAM N° 08	Cobro y Pago de Cotizaciones	Establecimientos de Salud y Gobierno Municipal	Administrador o encargado administrativo del Est. de Salud y del Gobierno Municipal
Form SSPAM N° 09	C obro y Pago por Contingencias	Establecimientos de Salud y Gobierno Municipal	Administrador o encargado administrativo del Est. de Salud y del Gobierno Municipal
Form SSPAM N° 10	Cobro y Pago Intermunicipal por Contingencias	Establecimientos de Salud y Gobierno Municipal	Administrador o encargado administrativo del Est. de Salud y del Gobierno Municipal

Cabe aclarar que los formularios ***1***, ***2***, ***3***, ***4***, ***5 e inclusive el carnet del asegurado***, que representan la mayor carga administrativa del Seguro, serán sistematizados e impresos por el ***Sistema de Afiliación de Seguros Públicos – SASP*** de los Gobiernos Municipales que asuman los procedimientos informatizados.

Los demás formularios deberán ser llenados manualmente por el personal encargado, de acuerdo a instructivos específicos y contenido del formulario.

*El formulario **1 y carnet de asegurado** son instrumentos utilizados por el adulto mayor afiliado, para solicitar la atención de medicina general, odontología, especialidades y exámenes complementarios. Se constituyen en documentos para acceder como un derecho al SSPAM.*

*Los formularios **5, 6 y 7** son instrumentos administrativos destinados a respaldar las prestaciones efectuadas por los establecimientos de salud y que pueden ser utilizados con fines de respaldo a los cobros de la prima de cotizaciones del SSPAM y cumplimiento a la aplicación del **sistema de control económico financiero del SSPAM** y/o auditoria financiera.*

*Los formularios **8, 9 y 10** son instrumentos administrativos destinados a solicitar por parte del establecimiento de salud el cobro del SSPAM y respaldar al Gobierno Municipal por los pagos efectuados a los establecimientos de salud y en cumplimiento a la aplicación del **sistema de control económico financiero del SSPAM**, que pueden ser utilizados con fines de auditoria financiera.*

Procedimientos administrativos de cobro

Los datos solicitados para el llenado en el:

- Formulario de Cobro y Pago de Cotizaciones
- Formulario de Cobro y Pago de Cotizaciones por Contingencias
- Formulario de Cobro y Pago Intermunicipal por Contingencias

La ***Primera parte*** ***1. SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES,*** deberá ser registrada por el (los) responsables ***Director(a) y Administrador(a) del Establecimiento de Salud de primer, segundo y/o tercer nivel de atención*** según corresponda en conformidad al *convenio firmado* con el Gobierno Municipal.

Esta solicitud, de acuerdo al ***articulo 41 del D.S. 28968,*** deberá realizarse, para presentar al Gobierno Municipal, dentro el plazo de ***cuatro días***, y adjuntarse la lista de altas y bajas que corresponde al cuatrimestre, para obtener su conformidad oficial.

La ***Segunda parte*** ***2. CONFORMIDAD Y AUTORIZACION DE PAGO,*** deberá ser registrado por el (los) responsables ***del área administrativa financiera del Gobierno Municipal,*** de acuerdo a procedimientos contables y administrativos ***y la respectiva conformidad de los ejecutivo del Gobierno Municipal***.

Una vez recibido los formularios, de acuerdo al ***artículo 42 del D.S. 28968***, el Gobierno Municipal conjuntamente el DILOS, tienen ***diez días*** hábiles para ***revisar, aprobar o rechazar*** el formulario de cobro y pago de cotizaciones.

En caso de que la ***documentación sea observada***, se devolverá al establecimiento de salud para su corrección, lo cual no debe demorar más de ***cinco días.***

Forma de pago de prima de Cotizaciones: La prima de cotizaciones, será pagada en tres cuotas cuatrimestrales, en los primeros ***treinta días*** de concluido cada período cuatrimestral, a favor de cada establecimiento de salud que participe del SSPAM.

Los montos o importes se cancelarán en bolivianos, actualizado en función al factor de variación de las UFV, *este factor es calculado y proporcionado por el nivel nacional del SSPAM del Ministerio de Salud y Deportes*, proporcionando a los SEDES, durante los primeros días del 5to mes (concluido el cuatrimestre), debiendo el SEDES proporcionardicha información a los Gobiernos Municipales y Establecimientos de Salud a través de los Coordinadores de Red.

También este factor de variación de las UFVs, puede ser obtenido de la página Web del Ministerio de Salud y Deportes (www.sns.gov.bo).

REPORTE DE LA INFORMACIÓN

Luego de los pagos cuatrimestrales realizados, es necesario efectuar la centralización de documentos y reportes o envíos respectivos a las instancias respectivas dentro los primeros ***días hábiles*** de mes siguiente a las siguientes instancias:

- Coordinador de Red
- Servicio Departamental de Salud "SEDES"
- Ministerio de Salud y Deportes ***(SSPAM Nacional)***

Descripción de instrumentos administrativos

La administración del Seguro está centrada en el ***Sistema de Afiliación de Seguros Públicos - SASP***, el mismo que permite reducir los procesos manuales y optimiza los recursos y el tiempo.

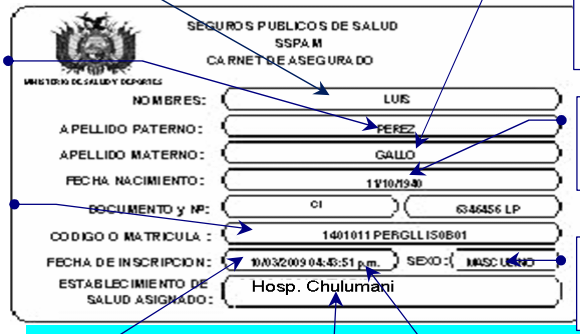
La descripción de los Instrumentos Administrativos del Seguro presenta símbolos que facilitan la descripción de cada componente de los formularios:
=Registrar o escribir; ☑=Colocar una marca; = Información general; = Información Importante

Los formularios a utilizarse en el ***Seguro de Salud Para el Adulto Mayor "SSPAM"*** *son:*

Carnet de Afiliación Sistema SASP

El *Carnet del SSPAM*, es el instrumento de afiliación al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, que se entregará a quienes se afilien al mismo, cumpliendo los requisitos que menciona el D.S. 26968.

ANVERSO DEL CARNET



☑ ***NOMBRE:*** Nombre del Beneficiario

APELLIDO PATERNO: Registrar el 1er. ò Apellido Paterno del Afiliado.

CÓDIGO o MATRICULA: El SASP, asigna automáticamente a cada afiliado estos códigos.

☑ ***FECHA DE INSCRIPCIÓN:*** Registrar la fecha de afiliación.

APELLIDO MATERNO: Registrar el Apellido Materno ó 2do. Apellido del Afiliado.

☑ ***FECHA DE NACIMIENTO:*** día, mes y año de nacimiento.

☑ ***SEXO:*** Identifica el género al que pertenece el Afiliado (a).

☑ ***DOCUMENTO Y Nº:*** Con el que se inscribió el beneficiario del SSPAM.

☑ ***ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASIGNADO:*** Registra el nombre del establecimiento de salud de 1er Nivel (Puerta de entrada para la atención).

REVERSO DEL CARNET

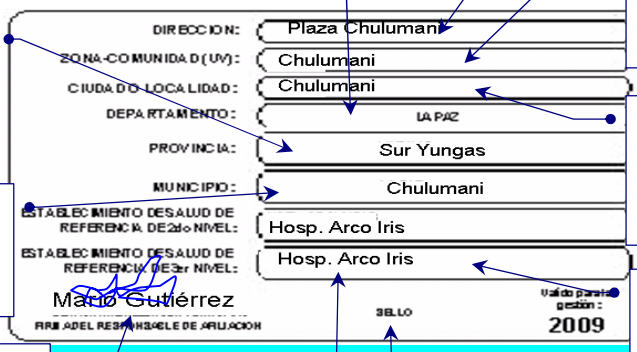
☑ ***DEPARTAMENTO:*** Registrar el nombre.

PROVINCIA: Registrar el nombre de la Provincia donde vive el afiliado.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio donde se encuentra su residencia habitual.

Este documento debe estar firmado por el afiliador del Municipio.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2do. NIVEL: Registrar el nombre del Hospital de *Referencia de 2do. Nivel que asigna el Municipio al Afiliado* conforme a convenio firmado.



DIRECCIÓN: Registrar el domicilio (Calle; Av.Comunidad) donde vive el afiliado.

ZONA, COMUNIDAD: Registrar la zona, comunidad) donde esta ubicado el domicilio del afiliado.

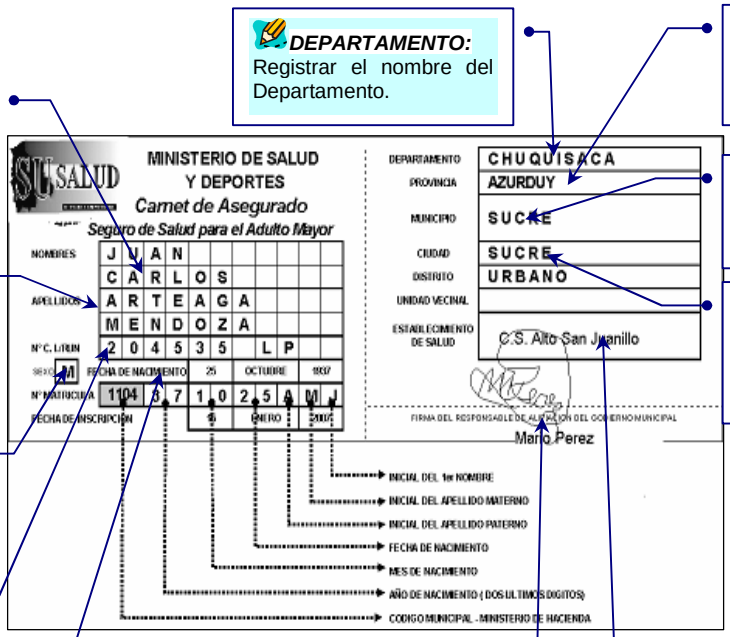
CIUDAD ó LOCALIDAD: Registrar el nombre la ciudad centro poblado o localidad, donde esta ubicado el domicilio del afiliado.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD 3er. NIVEL: Registrar el nombre del Hospital de *Referencia de 3er. Nivel que asigna el* Municipio al Afiliado conforme a convenio firmado.

☑ ***SELLO:*** A fin de garantizar la presentación de este documento es importante el sello del GM.

Carnet de Afiliación Sistema Manual

Llenar de acuerdo al siguiente ejemplo:



NOMBRE: Registrar los nombres del beneficiario, empezando por el 1er nombre.

APELLIDOS: Registrar los apellidos del beneficiario. Empezar por el paterno, luego el materno.

Sexo: Registrar **M** si es masculino y **F** si es femenino.

N° C.I. RUN: Registrar el número del documento con el cual se afilia.

FECHA DE NACIMIENTO: Registrar la fecha de nacimiento, empezando por el día, mes y año.

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del Departamento.

PROVINCIA: Registrar el nombre de la Provincia.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio.

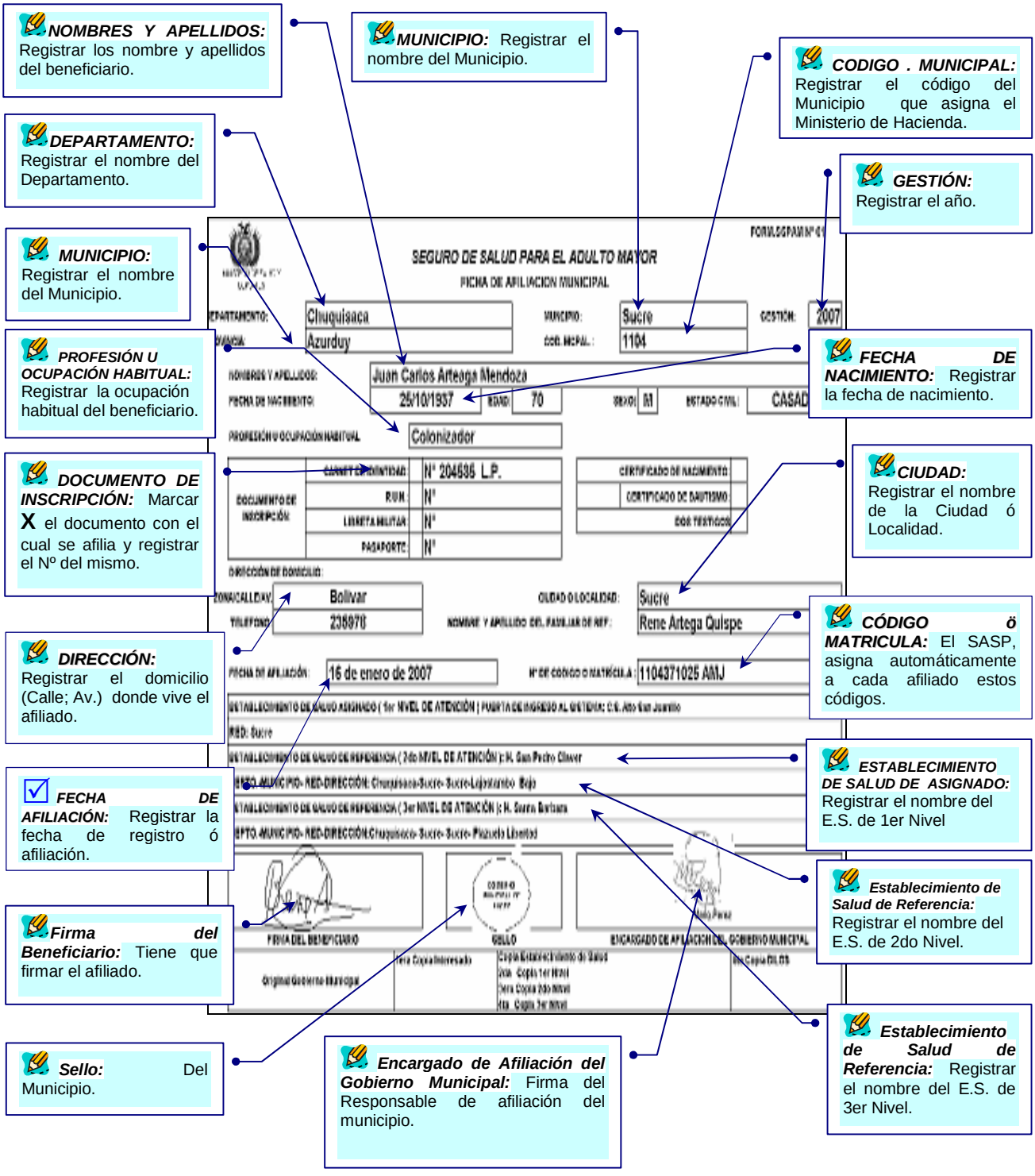
CIUDAD: Registrar el nombre de la Ciudad ó Localidad.

FIRMA DEL RESPONSABLE DE AFILIACIÓN DEL GOBIERNO MUNICIPAL: Debe firmar el responsable de afiliación del Gobierno Municipal, además debe colocar su nombre completo (Nombre y apellido).

ESTABLECIMIENTO: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realiza la atención. (1er Nivel).

Ficha de Afiliación * Form. SSPAM Nº 1

- El SASP imprime en forma directa, luego de registrar los datos
- En forma manual el llenado se realiza de acuerdo a las indicaciones
- El encargado del llenado es el afiliador del Gobierno Municipal



NOMBRES Y APELLIDOS: Registrar los nombre y apellidos del beneficiario.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio.

CODIGO . MUNICIPAL: Registrar el código del Municipio que asigna el Ministerio de Hacienda.

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del Departamento.

GESTIÓN: Registrar el año.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio.

PROFESIÓN U OCUPACIÓN HABITUAL: Registrar la ocupación habitual del beneficiario.

FECHA DE NACIMIENTO: Registrar la fecha de nacimiento.

DOCUMENTO DE INSCRIPCIÓN: Marcar **X** el documento con el cual se afilia y registrar el Nº del mismo.

CIUDAD: Registrar el nombre de la Ciudad ó Localidad.

DIRECCIÓN: Registrar el domicilio (Calle; Av.) donde vive el afiliado.

CÓDIGO ö MATRICULA: El SASP, asigna automáticamente a cada afiliado estos códigos.

☑ **FECHA DE AFILIACIÓN:** Registrar la fecha de registro ó afiliación.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ASIGNADO: Registrar el nombre del E.S. de 1er Nivel

Establecimiento de Salud de Referencia: Registrar el nombre del E.S. de 2do Nivel.

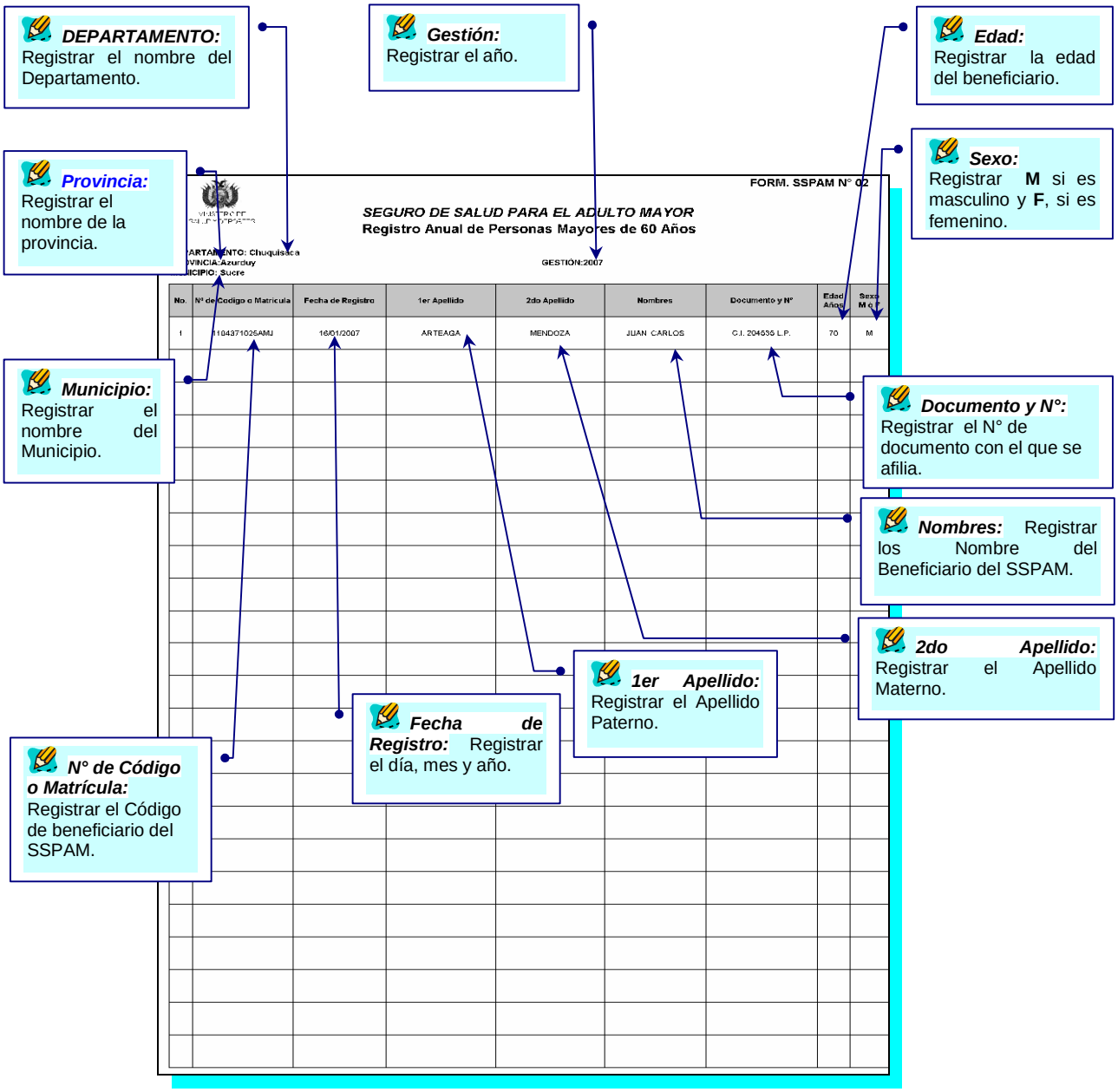
Firma del Beneficiario: Tiene que firmar el afiliado.

Establecimiento de Salud de Referencia: Registrar el nombre del E.S. de 3er Nivel.

Sello: Del Municipio.

Encargado de Afiliación del Gobierno Municipal: Firma del Responsable de afiliación del municipio.

Registro Anual de Personas Mayores de 60 años * Form. SSPAM Nº 2



DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del Departamento.

Gestión: Registrar el año.

Edad: Registrar la edad del beneficiario.

Provincia: Registrar el nombre de la provincia.

Sexo: Registrar **M** si es masculino y **F**, si es femenino.

Municipio: Registrar el nombre del Municipio.

Documento y N°: Registrar el N° de documento con el que se afilia.

Nombres: Registrar los Nombre del Beneficiario del SSPAM.

2do Apellido: Registrar el Apellido Materno.

1er Apellido: Registrar el Apellido Paterno.

Fecha de Registro: Registrar el día, mes y año.

N° de Código o Matrícula: Registrar el Código de beneficiario del SSPAM.

*Nómina de Asegurados Altas * Form. SSPAM Nº 03*

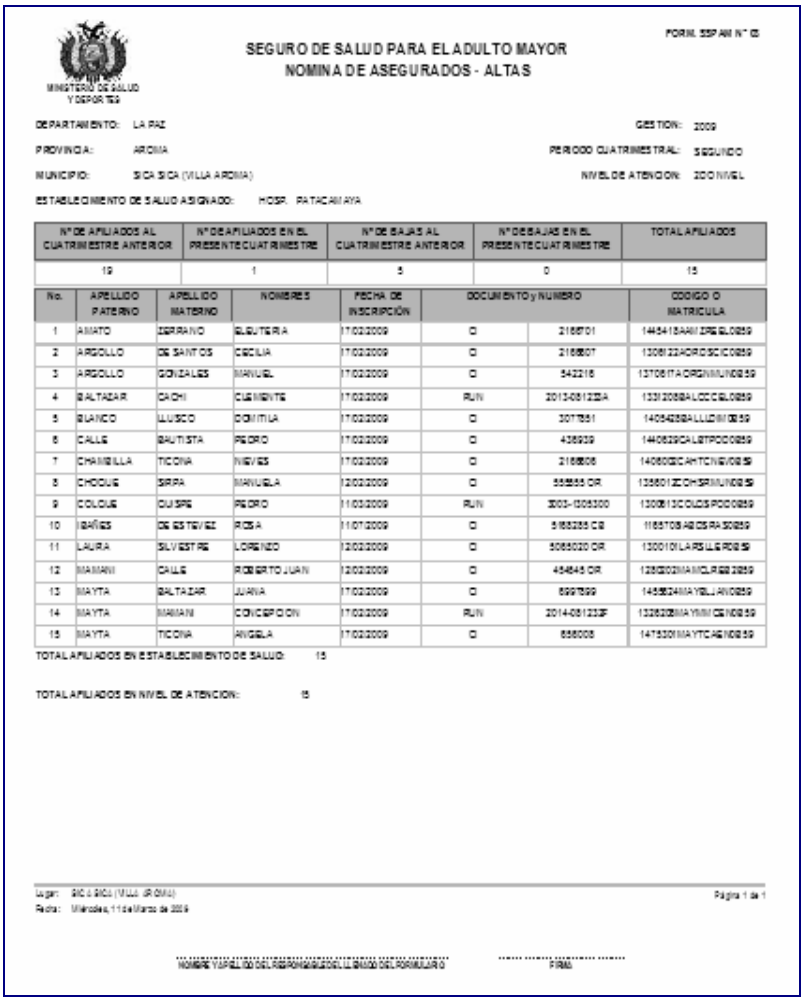
Este formulario, es un instrumento de registro ***diario de afiliación*** de todos los adultos mayores, sean damas o varones, que tienen 60 años y más que no tienen seguro de salud,

El llenado es realizado por el encargado de afiliación del SSPAM designado por la autoridad máxima del Gobierno Municipal.

Se constituye en un ***DOCUMENTO ADMINISTRATIVO LEGAL***, que debe ser remitido a los Establecimientos de salud ***de Salud de primer, segundo y/o tercer*** nivel de atención según corresponda el *convenio firmado* con el Gobierno Municipal.

Debe ser llenado de acuerdo a la aplicación de la afiliación:

A máquina cuando el proceso de Afiliación es Manual, caso contrario en el SASP, el cual emite el formulario impreso conforme a los parámetros solicitados, quedando solo la verificación del contenido, de acuerdo a la base de datos almacenada o a la transcripción realizada durante la afiliación en el SASP.



FORM. SSPAM N° 03

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
NOMINA DE ASEGURADOS - ALTAS

DEPARTAMENTO: LA PAZ — GESTION: 2009
PROVINCIA: AROMA — PERIODO CUATRIMESTRAL: SEGUNDO
MUNICIPIO: SICA SICA (VILLA AROMA) — NIVEL DE ATENCION: 2DO NIVEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASIGNADO: HOSP. PATACAMAYA

N° DE AFILIADOS AL CUATRIMESTRE ANTERIOR	N° DE AFILIADOS EN EL PRESENTE CUATRIMESTRE	N° DE BAJAS AL CUATRIMESTRE ANTERIOR	N° DE BAJAS EN EL PRESENTE CUATRIMESTRE	TOTAL AFILIADOS
19	1	5	0	15

No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE INSCRIPCIÓN	DOCUMENTO y NUMERO		CODIGO O MATRICULA
1	AMATO	SERRANO	ELEUTERIA	17/02/2009	CI	2166701	1445415AAMSRSEL00859
2	ARGOLLO	DE SANTOS	CECILIA	17/02/2009	CI	2166807	1306122ACRDSCIC00859
3	ARGOLLO	GONZALES	MANUEL	17/02/2009	CI	542216	1370611ACRGNMUN00859
4	BALTAZAR	CACHI	CLEMENTE	17/02/2009	RUN	2013-0612-2BA	1331208BALCCCEL00859
5	BLANCO	LLUSCO	DOMITILA	17/02/2009	CI	3077551	1405428BALLUCDM00859
6	CALLE	BAUTISTA	PEDRO	17/02/2009	CI	436939	1440629CALBTPDO00859
7	CHAMBILLA	TICONA	NIEVES	17/02/2009	CI	2166806	1406003CAHTCNNV00859
8	CHOQUE	SIRPA	MANUELA	12/02/2009	CI	555555 OR	1356012CCHSRMUN00859
9	COLQUE	QUISPE	PEDRO	11/03/2009	RUN	3003-1306300	1306013CCOLQSPDO00859
10	IBAÑEZ	DE ESTEVEZ	ROSA	11/07/2009	CI	5165255 CB	1165708IABDSRA00859
11	LAURA	SILVESTRE	LORENZO	12/02/2009	CI	5065020 OR	1300101LARSLLRO00859
12	MAMANI	CALLE	ROBERTO JUAN	12/02/2009	CI	454645 OR	1258202MAMCLRJU2859
13	MAYTA	BALTAZAR	JUANA	17/02/2009	CI	5997599	1455624MAYBLJAN00859
14	MAYTA	MAMANI	CONCEPCION	17/02/2009	RUN	2014-0612-23F	1326202MAYMNCSN00859
15	MAYTA	TICONA	ANGELA	17/02/2009	CI	666008	1475301MAYTCAEN00859

TOTAL AFILIADOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD: 15

TOTAL AFILIADOS EN NIVEL DE ATENCION: 15

Lugar: SICA SICA (VILLA AROMA) — Página 1 de 1
Fecha: Miercoles, 11 de Marzo de 2009

NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE DE LLENADO DEL FORMULARIO — FIRMA

Original:	*Gobierno Municipal (encargado de afiliación necesariamente).*
Primera copia:	*Remitir a **todos** los Establecimientos de Salud (convenio SSPAM).*
Segunda copia:	*Para el envío al MSyD mediante los Coordinadores de Red y SEDES*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

Procedimiento de llenado

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio.

ESTABLECIMIENTO: Registrar el nombre del establecimiento de salud que se ***asigna*** a los afiliados del SSPAM, de acuerdo a ***convenios firmados con el GM***.

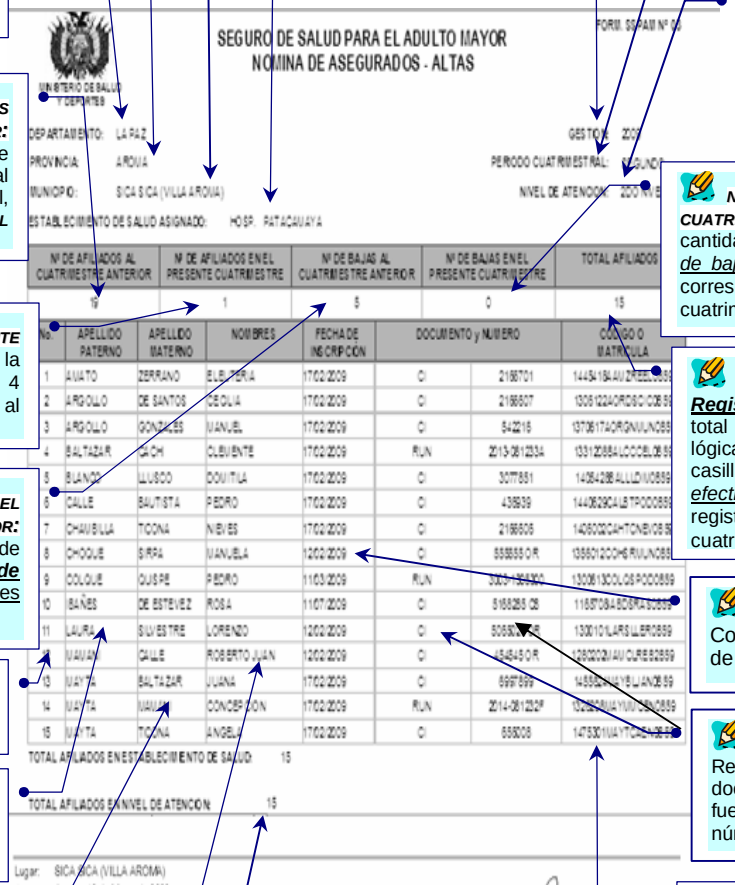
PROVINCIA: Registrar el nombre de la Provincia a la que pertenece el Municipio.

Gestión: Registrar el año (gestión).

PERIODO CUATRIMESTRAL: Registrar el periodo correspondiente.

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre que identifican al mismo.

NIVEL DE ATENCIÓN: Registrar el nivel de atención del establecimiento de salud.


SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
NOMINA DE ASEGURADOS - ALTAS

Nº DE AFILIADOS AL CUATRIMESTRE ANTERIOR	Nº DE AFILIADOS EN EL PRESENTE CUATRIMESTRE	Nº DE BAJAS AL CUATRIMESTRE ANTERIOR	Nº DE BAJAS EN EL PRESENTE CUATRIMESTRE	TOTAL AFILIADOS
19	1	5	0	15

No	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE INSCRIPCION	DOCUMENTO y NUMERO		CODIGO O MATRICULA
1	AJUATO	ZERRANO	ELISEVIA	17/02/2009	CI	2186701	
2	ARGOLLO	DE SANTOS	CELOLIA	17/02/2009	CI	2186607	
3	ARGOLLO	GONZALES	MANUEL	17/02/2009	CI	542216	
4	BALTAZAR	LACHI	CLEMENTE	17/02/2009	RUN	2213-2612234	
5	BLANCO	LLUSCO	DOMITILA	17/02/2009	CI	3077851	
6	CALLE	BAUTISTA	PEDRO	17/02/2009	CI	435839	
7	CHAVUSLA	TICONA	NIEVES	17/02/2009	CI	2186606	
8	CHOQUE	SIRPA	MANUELA	12/02/2009	CI	558555 OR	
9	COLQUE	QUISPE	PEDRO	11/03/2009	RUN	3303-364301	
10	BAÑES	DE ESTEVEZ	ROSA	11/07/2009	CI	5168285 CB	
11	LAURA	SILVESTRE	LORENZO	12/02/2009	CI	5068 OR	
12	MAMANI	CALLE	ROBERTO JUAN	12/02/2009	CI	4545 OR	
13	MAYTA	BALTAZAR	JUANA	17/02/2009	CI	699699	
14	MAYTA	MAMANI	CONCEPCION	17/02/2009	RUN	2214-2612CF	
15	MAYTA	TICONA	ANGELA	17/02/2009	CI	699208	

TOTAL AFILIADOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD 15

TOTAL AFILIADOS EN NIVEL DE ATENCION 15

Lugar: SICA SICA (VILLA AROMA)
Fecha: Jueves, 12 de Marzo de 2009

NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO

FIRMA

Dr. Hugo Chavez Q.
ENCARGADO DE AFILIACION
Gobierno Municipal de Sica Sica

Nº DE AFILIADOS CUATRIMESTRE ANTERIOR: ***Registrar*** la cantidad válida de afiliados que corresponde al anterior periodo cuatrimestral, ó ***copiar*** de la columna ***TOTAL AFILIADOS.***

Nº DE BAJAS EN EL PRESENTE CUATRIMESTRE: ***Registrar*** la cantidad *afiliados que fueron dados de baja* durante los 4 meses que corresponden al presente periodo cuatrimestral.

Nº DE AFILIADOS PRESENTE CUATRIMESTRE: ***Registrar*** la cantidad afiliada durante los 4 meses que corresponden al periodo cuatrimestral.

TOTAL DE AFILIADOS: ***Registrar*** el número ó cantidad total de afiliados, siguiendo la lógica de las operaciones de cada casilla, este valor *es la cantidad efectiva de afiliados existente* o registrados hasta el último cuatrimestre.

Nº DE BAJAS EN EL CUATRIMESTRE ANTERIOR: ***Registrar*** la cantidad de ***afiliados que fueron dados de baja*** durante los 4 meses ***anteriores***.

FECHA DE INSCRIPCION: Corresponde registrar la fecha de afiliación.

Nº: Registrar el número correlativo u orden.

DOCUMENTO y Nº : Registrar el tipo de documentación con la cual que fue afiliado el Adulto Mayor y el número respectivo.

APELLIDO PATERNO: Registrar el 1er apellido del Afiliado.

CODIGO Ó MATRICULA: Registrar los números que se ha asignado en el carnet de afiliación (manual). El SASP asigna automáticamente dicho número.

APELLIDO MATERNO: Registrar el 2do apellido del Afiliado.

NOMBRES: Registrar el nombre del Afiliado, si tuviera 2 nombres registre conforme el orden que se encuentra registrado en el documento de identidad del afiliado.

Firma: Debe firmar necesariamente el responsable del registro de los datos del formulario.

TOTAL DE AFILIADOS : *Es la cantidad efectiva de afiliados existe*

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Registrar el nombre y apellido del responsable del registro de los datos del formulario.

Nomina de Bajas * Form. SSPAM Nº 04

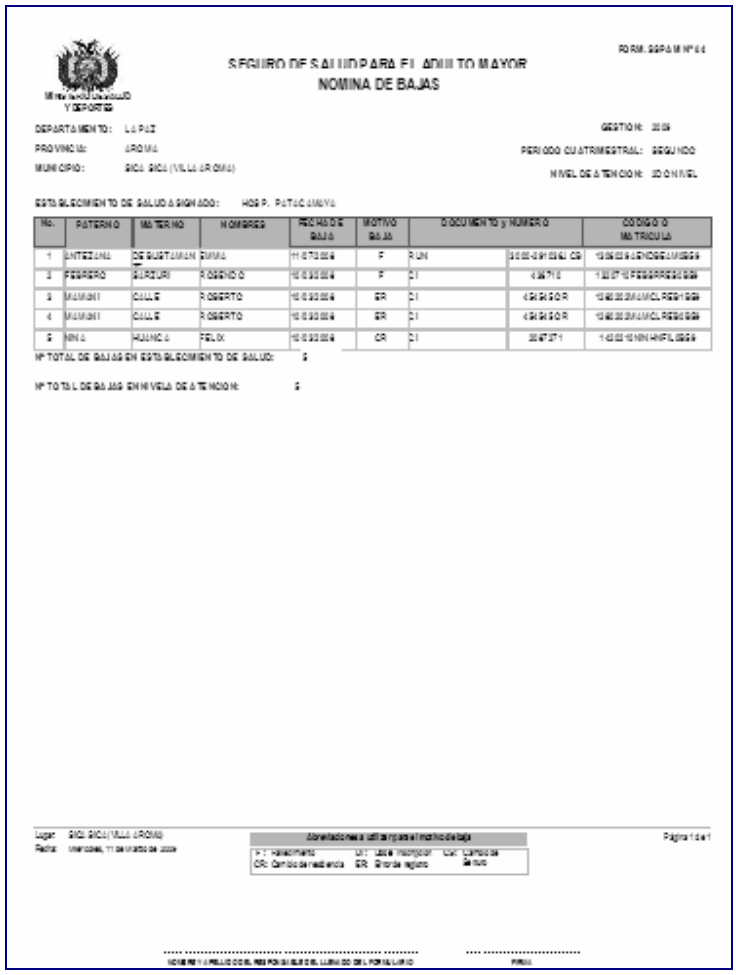
También este formulario, es un instrumento de ***registro diario de Bajas*** de todos los adultos mayores ***que fueron afiliados al SSPAM y son excluidos o dados de baja de los registros por razones de: fallecimiento, cambio de residencia, doble inscripción, error de registro ó cambio de seguro.***

El llenado es realizado por el encargado de afiliación del SSPAM del Gobierno Municipal.

Se constituye en un ***DOCUMENTO ADMINISTRATIVO LEGAL***, que debe ser remitido a los Establecimientos de ***Salud de primer, segundo y/o tercer*** nivel de atención según corresponda el *convenio firmado* con el Gobierno Municipal, ***para que tome en cuenta en la cantidad de afiliados, principalmente para el cobro de prima de cotizaciones***

Debe ser llenado de acuerdo a la aplicación de la afiliación:

A máquina cuando el proceso de Afiliación es Manual, caso contrario en el SASP, el cual emite el formulario impreso conforme a los parámetros solicitados, quedando solo la verificación del contenido, de acuerdo a la base de datos almacenada o a la transcripción realizada durante la afiliación en el SASP.



SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
NOMINA DE BAJAS

FORM. SSPAM Nº 04

DEPARTAMENTO: LA PAZ
PROVINCIA: LARECAJA
MUNICIPIO: SICA SICA (VILLA ARCOMA)
GESTION: 2009
PERIODO CUATRIMESTRAL: SEGUNDO
NIVEL DE ATENCION: SEGUNDO NIVEL

ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASIGNADO: HOSP. PUTUCUMAYU

No.	PATERNO	MATERNO	NOMBRES	FECHA DE BAJA	MOTIVO BAJA	DOCUMENTO y NUMERO		CODIGO O MATRICULA
1	ANTEZANA	DE BUSTAMANTE	EMMA	11/03/2009	F	RUN	3002-0910-0101 CB	13/09/09 ANTEZANA EMMA
2	FEBRERO	QUISPE	ROSENDO	10/03/2009	F	CI	4367115	13/07/10 FEBRERO ROSENDO
3	MAMANI	CALLE	ROBERTO	10/03/2009	ER	CI	4561450 LP	13/08/09 MAMANI CALLE ROBERTO
4	MAMANI	CALLE	ROBERTO	10/03/2009	ER	CI	4561450 LP	13/08/09 MAMANI CALLE ROBERTO
5	NINA	HUANCA	FELIX	10/03/2009	CR	CI	3547371	14/03/10 NINA HUANCA FELIX

Nº TOTAL DE BAJAS EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD: 5

Nº TOTAL DE BAJAS EN NIVEL DE ATENCION: 5

Lugar: SICA SICA (VILLA ARCOMA)
Fecha: miercoles, 11 de marzo de 2009

Abreviaciones a utilizar para el motivo de baja
F: Fallecimiento UI: Doble inscripción UC: Cambio de Seguro
CR: Cambio de residencia ER: Error de registro

Página 1 de 1

.....
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO

.....
FIRMA

Original:	*Gobierno Municipal (encargado de afiliación necesariamente).*
Primera copia:	*Remitir a **todos** los Establecimientos de Salud (convenio SSPAM).*
Segunda copia:	*Para el envío al MSyD mediante los Coordinadores de Red y SEDES*
Tercera copia (Opcional):	*Archivo de descargo del servicio.*

Procedimiento de llenado

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre que identifica al mismo.

PROVINCIA: Registrar el nombre de la Provincia a la que pertenece el Municipio.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio.

Nº: Registrar el número correlativo u orden.

APELLIDO PATERNO: Registrar el 1er apellido del Afiliado.

APELLIDO MATERNO: Registrar el 2do apellido del Afiliado.

NOMBRES: Registrar el nombre del Afiliado, si tuviera 2 nombres registre conforme el orden que se encuentra registrado en el documento de identidad del afiliado.

LUGAR Y FECHA: Registrar el lugar y la fecha respectiva.

ESTABLECIMIENTO: Registrar el nombre del establecimiento de salud que se ***asigna*** a los afiliados del SSPAM, de acuerdo a ***convenios firmados con el GM***.

GESTIÓN: Registrar el año (gestión).

PERIODO CUATRIMESTRAL: Registrar el periodo correspondiente.

NIVEL DE ATENCIÓN: Registrar el nivel de atención del establecimiento de salud.

MOTIVO DE BAJA: Registrar de acuerdo al caso o motivo por el cual es dado de baja el afiliado, utilizando las referencias correctamente para el registro.

DOCUMENTO: Registrar el tipo de documentación con la cual que fue afiliado el Adulto Mayor.

Nº Registrar el número del documento con el cual es afiliado.

CODIGO Ó MATRICULA: Registrar los números que se ha asignado en el carnet de afiliación (manual). El SASP asigna automáticamente

FIRMA: Debe firmar necesariamente el responsable del registro de los datos del formulario.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Registrar el nombre y apellido del responsable del registro de los datos del formulario.

FECHA DE BAJA: Registrar la fecha, en que es dado de baja el afiliado del SSPAM en el GM

TOTAL DE AFILIADOS : Es la cantidad de bajas en al cuatrimestre

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
NOMINA DE BAJAS

FORM. SSPAM Nº 04

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

DEPARTAMENTO: LA PAZ
PROVINCIA: AROMA
MUNICIPIO: SICA SICA (VILLA AROMA)
GESTION: 2009
PERIODO CUATRIMESTRAL: SEGUNDO
NIVEL DE ATENCION: 2DO NIVEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASIGNADO: HOSP. PATACAMAYA

No.	PATERNO	MATERNO	NOMBRES	FECHA DE BAJA	MOTIVO BAJA	DOCUMENTO y NUMERO		CODIGO O MATRICULA
1	ANTEZANA	DE BUSTAMAN	EMMA	11/07/2008	F	RUN	3000-291036J OB	1306029AENDBEAMOB5
2	FEBRERO	SARZURI	ROSENDO	10/03/2008	F	CI	435740	1320710FEBSRRESOB59
3	MAMANI	CALLE	ROBERTO	10/03/2008	ER	CI	454545 OR	1280202MAMCLREB1B5
4	MAMANI	CALLE	ROBERTO	10/03/2008	ER	CI	454545 OR	1280202MAMCLREB0B5
5	NINA	HUANCA	FELIX	10/03/2008	OR	CI	2087271	1420210NINHNFIL0B59

Nº TOTAL DE BAJAS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD: 5

Nº TOTAL DE BAJAS EN NIVEL A DE ATENCION: 5

Lugar: SICA SICA (VILLA AROMA)
Fecha: Jueves, 12 de Marzo de 2009

Abreviaciones a utilizar para el motivo de baja
F : Fallecimiento DI : Doble inscripción CS: Cambio de
CR: Cambio de residencia ER: Error de registro

Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO

FIRMA

Prestaciones Atendidas * Form. SSPAM Nº 05

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre que identifica al mismo.

ESTABLECIMIENTO: Registrar el nombre del establecimiento de salud que realizó las atenciones a los afiliados del SSPAM, de acuerdo a ***convenio firmado con los Gobiernos Municipales.***

NIVEL DE ATENCIÓN: Registrar el nivel de atención del establecimiento de salud.

Nº: Registrar el número correlativo u orden.

MES Y AÑO: Registrar el mes y año del reporte de las

HOJA Nº: Registrar el correlativo de hojas y cantidades respectivas

CODIGO CIE 10: Dejar en blanco esta casilla.

Nº DE ATENCIONES: Registrar la cantidad de las prestaciones.

PRESTACIONES: Registrar el nombre de la Patología.

Form. SSPAM

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

Formulario de Prestaciones Atendidas

DEPARTAMENTO:_____ LA PAZ

MUNICIPIO:_____ LA PAZ

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL ARCO IRIS

NIVEL DE ATENCIÓN:___ 2do. y 3er. Nivel

MES Y AÑO REPORTADO:_____ febrero 2009 HOJA Nº __2__ DE__2__

Nº	CODIGO CIE 10	PRESTACIONES	No. DE ATENCIONES
21		Bronconeumonía	25
22		Apéndicitis aguda complica	14

LUGAR Y FECHA:..... La Paz 5 de Marzo 2009

NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO:

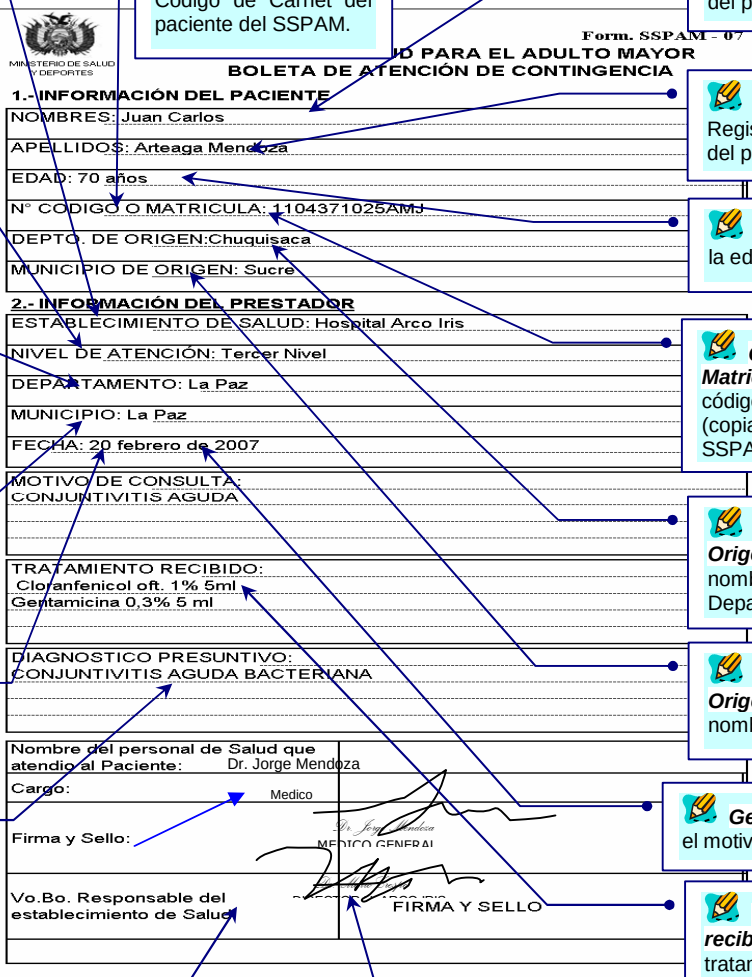
LUGAR Y FECHA: Registrar el lugar y la fecha respectiva.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Registrar el nombre y apellido del responsable del registro de los datos del formulario.

Firma: Debe firmar necesariamente el responsable del registro de los datos del formulario.

Original: *Debe ser adjuntada a la* ***solicitud de pago al Gobierno Municipa****l.*
Primera copia: *Coordinación Técnica de Red*
Segunda copia: *Archivo del Establecimiento de Salud.*

Atención por Contingencias * Form. SSPAM Nº 07



Establecimiento de Salud: Registrar el nombre del establecimiento de salud donde fue atendido el paciente.

Nivel de atención: Registrar el nivel que corresponda (1er, 2do o 3er).

Departamento: Registrar el Nombre del departamento.

Municipio: Registrar el nombre del Municipio.

Fecha: Registrar la fecha de la atención consulta.

Diagnostico presuntivo: Registrar el Diagnostico.

Código o Matricula: Registrar el Código de Carnet del paciente del SSPAM.

Nombres: Registrar el Nombre del paciente.

Apellidos: Registrar los apellidos del paciente.

Edad: Registrar la edad del paciente.

Código y Matricula: Registrar la código del paciente (copiar del carnet del SSPAM).

Departamento de Origen: Registrar el nombre del Departamento.

Municipio de Origen: Registrar el nombre Municipio.

Gestión: Registrar el motivo de la consulta.

Tratamiento recibido: Registrar el tratamiento del paciente.

Vo. Bo. Responsable del establecimiento de Salud: Firma y sello del director o Responsable del Hospital.

Firma y Sello : Del Medico que atendió al paciente

Cobro y Pago de Cotizaciones * Form. SSPAM Nº 08

Este formulario, es importante e imprescindible para solicitar el ***cobro de prima de cotizaciones del SSPAM, haciendo referencia necesariamente, la cantidad de afiliados y expresando los importes o montos a cobrar, en función al FACTOR DE VARIACIÓN, proporcionado por el MSyD.***

El llenado es realizado de acuerdo a instrucciones del presente manual y también a los procedimientos contables y administrativos que norman el manejo de recursos económicos, siendo el encargado del llenado el ***Administrador(a) del Establecimiento de Salud de primer, segundo y/o tercer nivel.***

Se constituye en un ***IMPORTANTE DOCUMENTO ADMINISTRATIVO LEGAL***, que debe ser remitido al Gobierno Municipal conforme a *convenio firmado.*

Por lo general el llenado es realizado a máquina con varias copias, que deben ser firmadas necesariamente en cada una de ellas.

Es recomendable realizar el llenado en los formularios pre-impresos que se encuentran en formato Excel.

En ambos casos, deben existir las firmas con el respectivo pie de firma.

Form.SSPAM 08

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
FORMULARIO DE COBRO Y PAGO DE COTIZACIONES

1. SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE: .....

NIVEL DE ATENCION ESTABLECIMIENTO DE SALUD: .....

SUB-SECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: .....

PERIODO CUATRIMESTRAL: .....

DEPARTAMENTO: .....

PROVINCIA: .....

MUNICIPIO: .....

NUMERO DE AFILIADOS	COSTO POR NIVEL DE ATENCION		FACTOR DE VARIACION BFV.	TOTALES	
	1er. NIVEL	Bs. 29.51		Bs.	0.00
	2do. NIVEL	Bs. 40.25		Bs.	
	3er. NIVEL	Bs. 80.50		Bs.	0.00
TOTAL GENERAL				Bs.	

LUGAR Y FECHA .....

DIRECTOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ADMINISTRADOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. CONFORMIDAD Y AUTORIZACION DE PAGO:

El Gobierno Municipal de: ....., dá su conformidad a la liquidación que precede y autoriza a través de la Dirección Administrativa Financiera del Gobierno Municipal, al pago de la prima cuatrimestral del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor en aplicación a los artículos 36, 37, 38, 39, 41, 42 y 43 del D.S. No.28968, mediante:

Cheque No.	Por la suma de Bs.
.....	/100..Bolivianos).....

Emitido a nombre de : .....

LUGAR Y FECHA .....

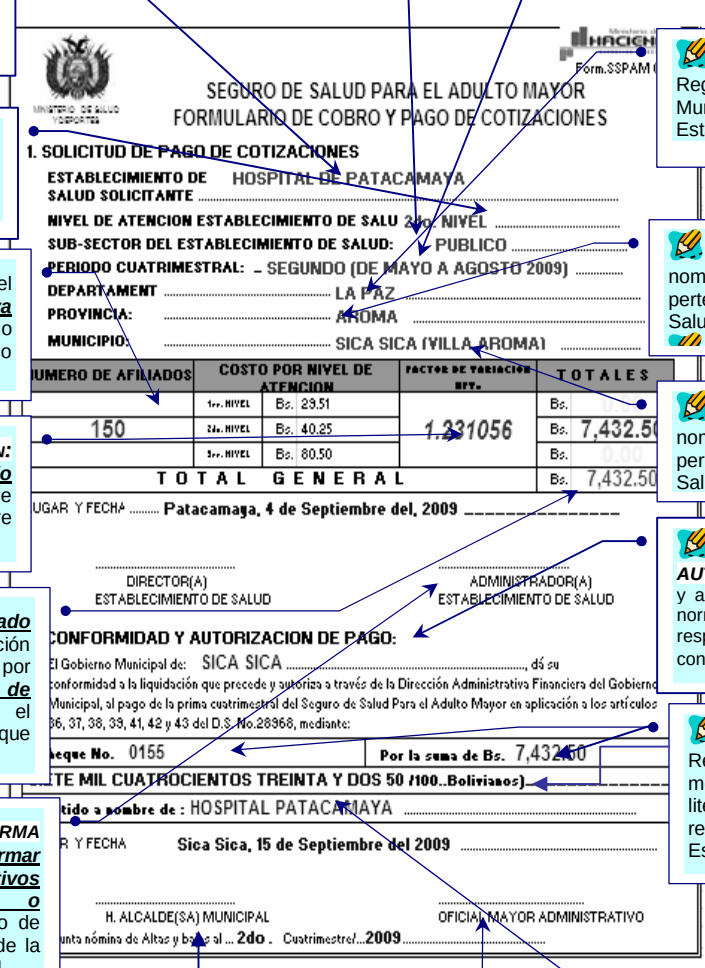
H. ALCALDE(SA) MUNICIPAL

OFICIAL MAYOR ADMINISTRATIVO

Se adjunta nómina de Altas y bajas al ..... Cuatrimestre/.....

Original:	*Gobierno Municipal (encargado de afiliación).*
Primera copia:	*Remitir a **todos** los Establecimientos de Salud (convenio SSPAM).*
Segunda copia:	*Para el envío al MSyD mediante los Coordinadores de Red y SEDES*

Procedimiento de llenado


SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR
FORMULARIO DE COBRO Y PAGO DE COTIZACIONES
1. SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES
ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE HOSPITAL DE PATACAMAYA
NIVEL DE ATENCION ESTABLECIMIENTO DE SALU 2do. NIVEL
SUB-SECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: PUBLICO
PERIODO CUATRIMESTRAL: SEGUNDO (DE MAYO A AGOSTO 2009)
DEPARTAMENT LA PAZ
PROVINCIA: AROMA
MUNICIPIO: SICA SICA (VILLA AROMA)
NUMERO DE AFILIADOS
COSTO POR NIVEL DE ATENCION
FACTOR DE VARIACION UFV.
TOTALES
1er. NIVEL Bs. 29,51
2do. NIVEL Bs. 40,25
3er. NIVEL Bs. 80,50
150
1.331056
Bs. 7,432.50
TOTAL GENERAL
Bs. 7,432.50
UGAR Y FECHA Patacamaya, 4 de Septiembre del, 2009
DIRECTOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD
ADMINISTRADOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD
CONFORMIDAD Y AUTORIZACION DE PAGO:
El Gobierno Municipal de: SICA SICA
Municipal, al pago de la prima cuatrimestral del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor en aplicación a los artículos
36, 37, 38, 39, 41, 42 y 43 del D.S. No.28368, mediante:
Cheque No. 0155
Por la suma de Bs. 7,432.50
TE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS 50 /100..Bolivianos)
tido a nombre de : HOSPITAL PATACAMAYA
R Y FECHA Sica Sica, 15 de Septiembre del 2009
H. ALCALDE(SA) MUNICIPAL
OFICIAL MAYOR ADMINISTRATIVO
unta nómina de Altas y bajas al ... 2do . Cuatrimestre/...2009

ESTABLECIMIENTO: Se registra el nombre del establecimiento de salud que ***realiza el cobro*** por la atención del SSPAM

SUB-SECTOR: Registrar al que pertenece (*Público SS, Privado ó ONG).*

PERIODO CUATRIMESTRAL: Registrar el periodo correspondiente, por lo general ***son periodo cerrados (3 periodos).***

NIVEL DE ATENCIÓN: Registrar el nivel de capacidad resolutiva del establecimiento de salud.

DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del Municipio, al que pertenece el Establecimiento de Salud.

Nº DE AFILIADOS: ***Registrar*** el ***número ó cantidad total efectiva de afiliados existente*** o registrados hasta el último cuatrimestre.

PROVINCIA: Registrar el nombre de la Provincia a la que pertenece el Establecimiento de Salud.

FACTOR DE VARIACION: ***Registrar*** el ***valor proporcionado por el SSPAM del MSyD*** que hace referencia al cuatrimestre correspondiente.

MUNICIPIO: Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el Establecimiento de Salud.

CONFORMIDAD Y AUTORIZACIÓN: El GM, registra y autoriza la solicitud conforme a normas vigentes para el pago respectivo y en cumplimiento al convenio firmado con el ES.

TOTAL: Registrar el ***resultado*** que se obtiene de la multiplicación del ***número de afiliados*** por (multiplicación) el ***costo nivel de atención*** por (multiplicación) el ***factor de variación de la UFV*** que corresponde al cuatrimestre.

CHEQUE y MONTO: Registrar el Nº del cheque y el monto ó importe escribiendo literalmente los importes respectivos emitido a favor del Establecimiento de Salud.

FIRMAS Y PIE DE FIRMA (SELLOS): Deben ***firmar necesariamente los ejecutivos (Director y Administrador) o responsable*** del Establecimiento de Salud, que ***solicitan el cobro*** de la prima de cotizaciones del SSPAM.

CHEQUE EMITIDO: Registrar el nombre al cual es emitido el cheque.

FIRMAS Y PIE DE FIRMA (SELLOS): Deben ***firmar necesariamente los ejecutivos del GM (Alcalde y Oficial Mayor Administrador),*** **autorizan al** Establecimiento de Salud que ***solicitan el pago*** de la prima de cotizaciones del SSPAM.

*Cobro y Pago por Contingencias * Form. SSPAM Nº 09)*

Es importante e imprescindible llenar este formulario para solicitar el ***cobro y pago*** por las prestaciones de servicios de atención en salud, que realizaron *a los afiliados del SSPAM que se encuentran en tránsito (emergencia).*

El llenado es similar al Formulario de cobro y pago de prima de cotizaciones, siendo el encargado del llenado el ***Administrador(a) del Establecimiento de Salud de primer, segundo y/o tercer nivel.***

Se constituye en un ***DOCUMENTO ADMINISTRATIVO LEGAL***, que debe ser remitido al Gobierno Municipal donde pertenece el *establecimiento de salud.*

Por general el llenado es realizado a máquina con varias copias, que deben ser firmadas necesariamente en cada una de ellas.

Es recomendable realizar el llenado en los formularios pre-impresos que se encuentran en formato Excel.

En ambos casos, necesariamente deben existir las firmas con el respectivo pie de firma.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

HACIENDA

Form.SSPAM 09

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

FORMULARIO DE COBRO Y PAGO POR CONTINGENCIAS

1. SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE: : .....

CUATRIMESTRE: : .....

DEPARTAMENTO: : .....

PROVINCIA: : .....

MUNICIPIO AL QUE SE SOLICITA EL PAGO : .....

No. DE ATENCIONES OTORGADAS POR CONTINGENCIA : .....

COSTO POR NIVEL DE ATENCION		No. DE ATENCIONES	TASA DE VARIACION UFV	TOTALES
1er. NIVEL	Bs. 29.51			Bs.
2do. NIVEL	Bs. 40.25			Bs.
3er. NIVEL	Bs. 80.50			Bs.
TOTAL GENERAL				Bs.

LUGAR Y FECHA .....

DIRECTOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ADMINISTRADOR (A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. CONFORMIDAD Y AUTORIZACION DE PAGO:

El Gobierno Municipal de:..... da su conformidad a la liquidación que precede y autoriza a través de la Dirección Administrativa Financiera, al pago por la atención de CONTINGENCIA y en cumplimiento al artículo 40 del D.S. 28968, mediante:

Cheque No.	**Por la suma de Bs.**
(.....**/100..Bolivianos)**	
Emitido a nombre de :	

LUGAR Y FECHA .....

H. ALCALDE(SA) MUNICIPAL

OFICIAL MAYOR ADMINISTRATIVO

Se adjunta Boleta de Atención de Contigencia, Fotocopia, Carnet de Asegurado o Ficha de Afiliación.....

Original:	*Gobierno Municipal (encargado de afiliación).*
Primera copia:	*Remitir a **todos** los Establecimientos de Salud (convenio SSPAM).*
Segunda copia:	*Para el envío al MSyD mediante los Coordinadores de Red y SEDES*

Procedimiento de llenado

2 ***PERIODO CUATRIMESTRAL:*** Registrar el periodo correspondiente, por lo general ***son periodo cerrados (3 periodos).***

1 ***ESTABLECIMIENTO:*** Se registra el nombre del establecimiento de salud que ***realiza el cobro*** por la atención al SSPAM

3 ***DEPARTAMENTO:*** Registrar el nombre del Municipio, al que pertenece el Establecimiento de Salud.

4 ***PROVINCIA:*** Registrar el nombre de la Provincia a la que pertenece el Establecimiento de Salud.

5 ***MUNICIPIO:*** Registrar el nombre del Municipio al que pertenece el Establecimiento de Salud.

7 ***FACTOR DE VARIACION:*** ***Registrar*** el ***valor proporcionado por el SSPAM del MSyD*** que hace referencia al cuatrimestre. correspondiente.

6 ***Nº DE ATENCIONES POR CONTINGENCIA:*** ***Registrar*** el ***número total de atenciones otorgadas a AM*** durante el cuatrimestre.

8 ***TOTAL:*** Registrar el ***resultado*** que se obtiene de la multiplicación del ***costo nivel de atención*** por (multiplicación ***número de atenciones*** por (multiplicación) el por el ***factor de variación de la UFV*** que corresponde al cuatrimestre.

10 ***CONFORMIDAD Y AUTORIZACIÓN:*** El GM, registra y autoriza la solicitud conforme a normas vigentes para el pago respectivo al ES.

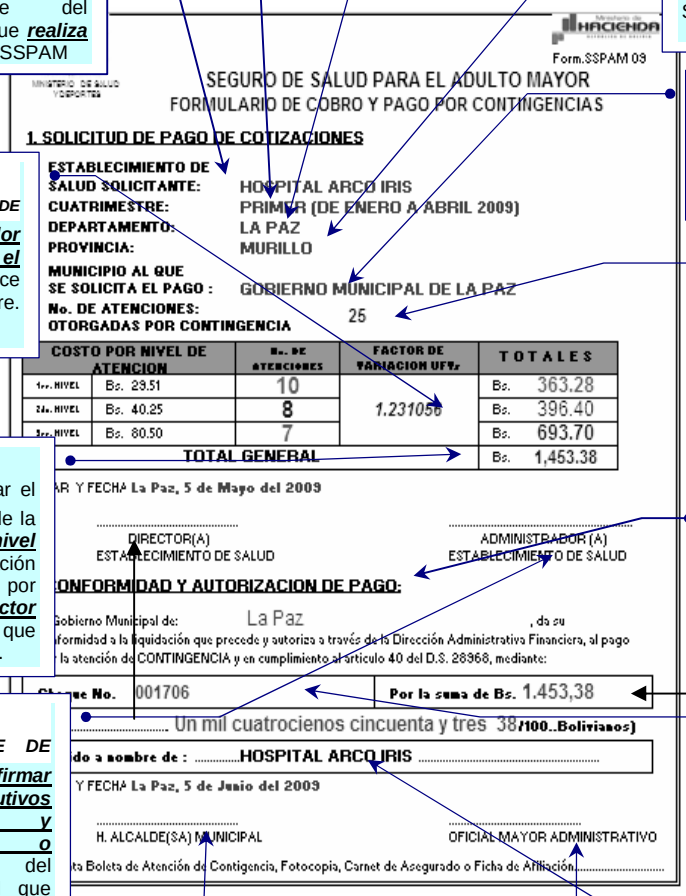
9 ***FIRMAS Y PIE DE FIRMA (SELLOS):*** Deben ***firmar necesariamente los ejecutivos del ES (Director(a) y Administrador(a)) o responsables*** del Establecimiento de Salud que ***solicitan el pago.***

11 ***CHEQUE y MONTO:*** Registrar el Nº del cheque y el monto ó importe escribiendo literalmente los importes respectivos, emitido a favor del Establecimiento de Salud.

12 ***EMITIDO:*** Registrar el nombre al cual es emitido o ***girado el cheque***.

13 ***FIRMA y SELLOS:*** Debe ***firmar necesariamente el H. Alcalde(sa) del GM*** que ***autoriza el pago al ES,*** también debe estar sellada (pie de firma y sello del Municipio).

14 ***FIRMA Y SELLOS:*** Debe ***firmar necesariamente el Oficial Mayor Administrativo,*** que ***autoriza el pago al ES,*** también debe estar sellada (pie de firma y sello del Municipio).


Form.SSPAM 09

SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

FORMULARIO DE COBRO Y PAGO POR CONTINGENCIAS

1. SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE: HOSPITAL ARCO IRIS

CUATRIMESTRE: PRIMER (DE ENERO A ABRIL 2009)

DEPARTAMENTO: LA PAZ

PROVINCIA: MURILLO

MUNICIPIO AL QUE SE SOLICITA EL PAGO : GOBIERNO MUNICIPAL DE LA PAZ

No. DE ATENCIONES OTORGADAS POR CONTINGENCIA: 25

COSTO POR NIVEL DE ATENCION		Nº. DE ATENCIONES	FACTOR DE VARIACION UFV's	TOTALES	
1ro. NIVEL	Bs. 29.51	10	1.231056	Bs.	363.28
2do. NIVEL	Bs. 40.25	8		Bs.	396.40
3ro. NIVEL	Bs. 80.50	7		Bs.	693.70
TOTAL GENERAL				Bs.	1,453.38

AR Y FECHA La Paz, 5 de Mayo del 2009

DIRECTOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ADMINISTRADOR(A) ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ONFORMIDAD Y AUTORIZACION DE PAGO:

Gobierno Municipal de: La Paz , de su

formidad a la liquidación que precede y autoriza a través de la Dirección Administrativa Financiera, al pago

la atención de CONTINGENCIA y en cumplimiento al artículo 40 del D.S. 28968, mediante:

Cheque No. 001706 Por la suma de Bs. 1.453,38

Un mil cuatrocienos cincuenta y tres 38/100..Bolivianos)

do a nombre de : HOSPITAL ARCO IRIS

Y FECHA La Paz, 5 de Junio del 2009

H. ALCALDE(SA) MUNICIPAL

OFICIAL MAYOR ADMINISTRATIVO

ta Boleta de Atención de Contigencia, Fotocopia, Carnet de Asegurado o Ficha de Afiliación

Anexos

Anexo 1

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-1

RECETARIO / RECIBO

ATENCIÓN AMBULATORIA

Nº RECETA: 00000000000

SEDES: RED: SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

Municipio: PROGRAMAS:

Establecimiento: VENTA:

Tipo de Atención: EN CONSULTORIO DOMICILIARIA INTERNACION DE TRÁNSITO REFERENCIA OTRO REGISTRO

Nombre del Paciente: FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

Domicilio: SEXO: M F FECHA: DIA MES AÑO

DIAGNOSTICOS:

AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	N R	EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO	N R	OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRONICA	N R
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	N R	ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD)	N R	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA O CRONICA	N R
CANDIDIASIS VAGINAL	N R	ESTREÑIMIENTO	N R	PARTO Y RN EN DOMICILIO POR PERS.SALUD	N
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	N R	FARINGITIS AGUDA	N R	PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS	N R
C.C.D.-PREV.ANEMIA Y DESNUTRICION	N R	HERIDAS	N R	PREECLAMPSIA LEVE Y MODERADA	N R
CONTUSIONES SUPERFICIALES	N R	INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS)	N R	RESFRIO COMUN	N R
CONTROL PUERPERAL	N R	LUMBALGIA	N R	SARCOPTOSIS	N R
DERMATITIS DEL PAÑAL	N R	MICOSIS CUTANEA	N R	TRICOMONIASIS	N R
DESNUTRICION LEVE	N R	MONILIASIS ORAL	N R	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	N R
DESNUTRICION MODERADA	N R	MORDEDURA DE CAN	N R	TUBERCULOSIS PULMONAR	N R
DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE	N R	NEUMONIA NO GRAVE	N R		
DISENTERIA	N R	ONFALITIS	N R	PREREFERENCIA-REFERENCIA	

Otro Diagnóstico: N R

Otro Diagnóstico: N R

OTRAS PRESTACIONES

CONSULTA MEDICA (Sin medicamentos):	CONTROL PRENATAL:	SUTURA:	VAC.(SRP-SR-ANTIAM.-BCG-DT):
CCD DEL NIÑO (Sin medicamentos):	CONTROL PRENATAL A.R.O.:	RETIRO DE PUNTOS:	
TOMA DE PAP E IVAA:	CURACION PEQUEÑA:	VACUNACION PVTE-OPV-ARV:	INTERNACION DE TRÁNSITO:

MEDICAMENTOS E INSUMOS (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	INDICACIONES PARA EL PACIENTE (Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Vía de administración)	CANTIDAD		VALOR	
		Recetada	Dispensada	Unitario	Total

COSTO TOTAL

COSTO TOTAL AL USUARIO

SELLO ESTABLECIMIENTO

Recetado por:
Sello y firma

Dispensado por:
Sello y firma

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal

El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Nombre y Firma del(la) paciente/acompañante
C.I.

Anexo 2

D-2

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

RECETARIO / RECIBO

ATENCION DEL PACIENTE INTERNADO

Nº RECETA: 00000000000

SEDES: | RED: | OTRO REGISTRO

Municipio: | SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

Establecimiento: | PROGRAMAS:

APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | VENTA:

NOMBRES: | SEXO: M F | FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

DOMICILIO:

INGRESO: Por Referencia | Por Servicio de Emergencia | Por trabajo de parto | Por consultorio externo

Servicio de ingreso: | FECHA DE INGRESO: DIA MES AÑO

Servicio de alta: | FECHA DE EGRESO: DIA MES AÑO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO — **CODIGOS CIE-10:**

Diagnóstico Principal:	
Diagnósticos secundarios: 1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

PRESTACIONES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ANEST. GENERAL:	CONIZACION:	INTUBACION ENDOTRAQUEAL RN:
ANEST. DE CORTA DURACION:	CURACION GRANDE (N°):	INTUBACION ENDOTRAQUEAL ADULTOS:
ANEST. PEDIATRICA:	CURACION MEDIANA (N°):	L.U.I.
ANEST. NEONATAL:	CURACION PEQUEÑA (N°):	NUTRICION PARENTERAL N°:
ANEST. REGIONAL:	CATETERISMO CENTRAL:	MANTENIMIENTO DE VIA VENOSA (Días):
ANALGESIA ORAL RN (Días):	EXANGUINEOTRANSFUSION (N°):	RETIRO DE PUNTOS:
ANALGESIA ENDOV. RN (Días):	DIALISIS PERITONEAL:	REPOSICION HIDROEL. Y ACIDO BASE N°:
AMEU:	FISIOTERAPIA (Días):	SALPINGOCLASIA:
CESÁREA:	FOTOTERAPIA (Días):	SEDACION PEDIATRICA (N°):
CIRUGIA MENOR:	HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA:	SOPORTE PARENTERAL R.N. (Días):
CIRUGIAS MAYORES:	HISTERECTOMIA POR CaCU:	SOPORTE OXIGENO R.N. (Días):
CIRUGIA ODONTOLOGICA:	INCUBADORA NEONATOLOGIA (Días):	SUTURA:
CIRUGIA OFTALMOLÓGICA:	INCUBADORA EN UCIN (Días):	TOMA DE PAP E IVAA:
CIRUGIA TRAUMATOLOGICA:	INTERNACION SALA COMUN(Días):	VACUNACION PVTE-OPV-ARV:
CPAP (Días):	INTERNACION EN CUNA DE U.C.I.N. (Días):	VACUNACION (SRP-SR-ANTIAM.-BCG-DT):
COLPOSCOPIA:	INTERNACION EN U.T.I. (Días):	OTRAS.....

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA INTERNACION (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	CANTIDAD Recetada	CANTIDAD Dispensada	VALOR Unitario	VALOR Total

COSTO TOTAL

COSTO TOTAL AL USUARIO

Médico Responsable: Sello y firma

V°B° Farmacia Sello y firma

SELLO ESTABLECIMIENTO

Nombre y Firma del (la) paciente o acompañante

C.I.

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal

El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Anexo 3

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-2a

RECETARIO / RECIBO

HOJA ADICIONAL

ESTABLECIMIENTO: SERVICIO:

NOMBRES Y APELLIDOS: SEXO: M F

Diagnóstico Secundario:

Procedimiento Complementario:

HOJA N°.....DE RECETA N° .....

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA HOSPITALIZACION (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	CANTIDAD		VALOR	
	Recetada	Dispensada	Unitario	Total

COSTO TOTALHOJA ANTERIOR	
COSTO TOTAL HOJA ACTUAL	
COSTO TOTAL	
COSTO TOTAL AL USUARIO	

SELLO ESTABLECIMIENTO

Médico Responsable: *Sello y firma*

V°B° Farmacia *Sello y firma*

Espacio destinado a conformidad del paciente o autorización del Director

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal

El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Anexo 4

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-2a

RECETARIO / RECIBO

HOJA ADICIONAL

(MODIFICADA PARA LA PRESCRIPCION DIARIA O PARCIAL A PACIENTES INTERNADOS SOLO EN II Y III NIVEL QUE CUENTAN CON SISTEMA SNF)

Nº RECETA: 00000000000

ESTABLECIMIENTO: | SERVICIO:

NOMBRES Y APELLIDOS: | EDAD: | SEXO: M F

Diagnósticos:

Procedimientos Complementarios:

FECHA DE ATENCIÓN: DIA | MES | AÑO

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA HOSPITALIZACION (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	CANTIDAD		VALOR	
	Recetada	Dispensada	Unitario	Total

Anexo 5

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-3

RECETA / RECIBO

ATENCION ODONTOLOGICA

Nº: 00000000000

SEDES: RED: SU SALUD:

Municipio: PROGRAMAS:

Establecimiento: VENTA:

Nombre del Paciente: SEXO: M F

Domicilio: FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

Nº REGISTRO FECHA: DIA MES AÑO

DIAGNOSTICOS y PROCEDIMIENTOS:

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	K047		ENDODONCIA	K040		SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	PC30	
ALVEOLITIS	K103		EXODONCIA	PC28				
CARIES DE DENTINA	K021		FLUORACION TOPICA	PC29		OTRO DIAGNOSTICO:		
CARIES DE ESMALTE	K020		PROFILAXIS LIMPIEZA DENTARIA	PC31				

MEDICAMENTOS E INSUMOS NO FRACCIONABLES			INDICACIONES	CANTIDAD		VALOR	
	Form. Farm.	Concen.	*(Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Via de administración)*	Recetada	Dispensada	Unitario	Total
Amoxicilina	Cápsula	500mg					
Amoxicilina	Suspensión	250 mg/5 ml					
Eritromicina estearato	Cápsula	500 mg					
Eritromicina etilsuccinato	Suspensión	250 mg/5 ml					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	500 mg					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Jarabe	120 mg/5 ml					
Paracetamol (Acetaminofeno)	Comprimido	100 mg					
Agujas cortas para carpule	Pieza						
Agujas largas para Carpule	Pieza						
Guantes descartables Nº 6 1/2	Pieza						
Guantes descartables Nº 7 1/2	Pieza						
Hoja de bisturi Nº 15	Pieza						
Jeringa Descartable 10ml 21G X 1 1/2"	Pieza						
Lidocaina clorhidrato	Car. Dent	0,02					
Lidocaina clorhidrato + Epinefrina	Car. Dent	2%					
Seda quirúrgica "3/0"	Sobre						
Solución Fisiológica	Infusor	0,9% (500					

INSUMOS FRACCIONABLES UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION

Amalgama 30g - limadura de plata	Polvo		Mercuro metalico fresco	Perla	
Papel articulador	Unidad		Oxido de zinc x 500 g	Polvo	
Papel articulador 10 block x 12 hj	Unidad		Pasta profilactica 10g	Pasta	
Cemento Oxifosfato	Polvo		Piedra Pomez 10g	Sobre	
Desensibilizante Pulpar 12g	Pasta		Resina auto polimerizable 7x7 con adhesivo	Pasta	
Eugenato (Eugenol x 30ml) 1oz	Solució		Revelador de placa liquido	Solución	
Fluoruro de sodio	Gel		Sellador de fosas y fisuras 5g	Pasta	
Formocresol 15 ml	Solució		Tiras de Celuloide x 50	Unidad	
Hidroxido de calcio 12g	Polvo		Tiras de lija x 100	Unidad	
Ionomero de vidrio de obturacion 15g	Solució		Yodoformo 10g	Solución	

SELLO ESTABLECIMIENTO

V°B° FARMACIA
Sello y firma

ODONTOLOGO
Sello y firma

Firma del usuario/acompañante
C.I._____

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal

Anexo 6

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-4

RECETARIO / RECIBO

PRESTACIONES ESPECIALES

SEDES: RED: Nº RECETA: 00000000

Municipio: SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

Establecimiento: OTRO REGISTRO

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:

NOMBRES: SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

DIRECCION:

Servicio de ingreso: FECHA: DIA MES AÑO

FECHA DE ALTA: DIA MES AÑO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS: 1 2 3

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

Nº	MEDICAMENTOS E INSUMOS (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	CANTIDAD		VALOR	
		Recetada	Dispensada	Unitario	Total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

COSTO TOTALHOJA ANTERIOR

COSTO TOTAL HOJA ACTUAL

COSTO TOTAL

SELLO ESTABLECIMIENTO

Médico Responsable: *Sello y firma*

V°B° Farmacia *Sello y firma*

AUTORIZACION DIRECTOR DEL HOSPITAL

El prescriptor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal
El Director del Hospital autoriza con su sello y firma el uso de las prestaciones declaradas en este documento médico legal.

Anexo 7

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-5

DESCARGO Y SOLICITUD DE SUMINISTROS

BOTIQUIN DE SERVICIO

SEDES: RED:

Municipio:

Establecimiento:

Nombre del Servicio:

SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

PROGRAMAS:

VENTA:

FECHA: DIA MES AÑO

Nº	MEDICAMENTOS E INSUMOS	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACION	CANTIDAD UTILIZADA	CANTIDAD SOLICITADA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

SELLO ESTABLECIMIENTO O SERVICIO

Responsable Descargo/Solicitud
SELLO Y FIRMA

V°B° Responsable FIM
SELLO Y FIRMA

Anexo 8

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-6

DESCARGO DE TRASLADO DE EMERGENCIAS

SEDES: MUNICIPIO: RED:

ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE DEL TRASLADO: MES: AÑO:

Nº	DIA	NUMERO DE REGISTRO	APELLIDOS		NOMBRES	EDAD		SEXO		PROCEDENCIA	ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	KILÓMETROS RECORRIDO	MONTO EN Bs.-	FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE
			PATERNO	MATERNO		AÑOS	MESES	M	F					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

TOTAL PÁGINA

TOTAL PÁGINA ANTERIOR

MONTO TOTAL A COBRAR

Nombre completo del responsable de la información

Firma

Anexo 9

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA / GABINETE Y SANGRE SEGURA — D-8

RED: | MUNICIPIO:

ESTABLECIMIENTO:

FECHA DE SOLICITUD: | Nº REGISTRO:

NOMBRE: | EDAD: | SEXO:

DIAGNOSTICO CLINICO PRINCIPAL:

LABORATORIO.- SIRVASE REALIZAR:

- ☐ Baciloscopia seriada
- ☐ Bilirrubinas totales y fracciones
- ☐ Coproparasitológico Simple
- ☐ Coproparasitológico Seriado
- ☐ Creatinina en orina
- ☐ Creatinina sérica
- ☐ Cultivo p/germenes comunes y antibiograma
- ☐ Examen general de orina
- ☐ Factor Reumatoide
- ☐ Fosfatasa alcalina y acida
- ☐ Frotis tinción Gram
- ☐ Grupo sanguineo y factor Rh
- ☐ Glicemia
- ☐ Gota gruesa y frotis sanguineo + tinción
- ☐ Hemoglobina y hematocrito
- ☐ Hemograma completo
- ☐ Inmunoglobulinas IgG, IgM, IgA
- ☐ Moco fecal
- ☐ Nitrogeno ureico sérico y úrea
- ☐ Proteina C Reactiva - PCR
- ☐ Proteinuria de 24 horas
- ☐ Prueba de Coombs directa/indirecta
- ☐ Prueba rápida para sífilis
- ☐ Tiempo de coagulación y tiempo de sangría
- ☐ Tiempo de protrombina/TPP
- ☐ Tinción PAP
- ☐ Transaminasas TGO-TGP
- ☐ Test de embarazo en sangre/HCG
- ☐ Reactantes de fase aguda (VES, Fibrinogeno y PCR)
- ☐ Reaccion Widal
- ☐ RPR para Sífilis - VDRL

IMAGENOLOGIA.- SIRVASE REALIZAR:

Ecografía	
Rayos X	
TAC	
Endoscopia	

Otros estudios de laboratorio o gabinete:

1.-
2.-
3.-
4.-

SERVICIO DE TRANSFUSION:

Solicitud de la transfusión:

Unidad /Servicio: ***URGENTE*** ☐ ***PROGRAMADA*** ☐

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE.- SIRVASE OTORGAR:

- ☐ Test de COOMBS Directo
- ☐ Test de COOMBS Indirecto

GRUPO SANGUINEO y FACTOR Rh: ☐

	Nº		Nº
Sangre Total		Crioprecipitados	
Paquete Globular		Anticuerpos Irregulares	
Plasma Fresco Congelado		Plasma Normal	
Concentrado de plaquetas		Glóbulos Rojos Lavados	
Aféresis		Sangría	

Otros (Especificar)

Firma y Sello del solicitante

SELLO ESTABLECIMIENTO

Anexo 10

REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA/GABINETE Y SERVICIO DE SANGRE SEGURA — D-9

RED: | MUNICIPIO:

SERVICIO:

FECHA DE REPORTE: | Nº REGISTRO:

NOMBRE: | EDAD: | SEXO:

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:

MEDICO SOLICITANTE:

INFORME DE LABORATORIO O DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA/GABINETE:

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: *TRANSFUSION (ES) REALIZADA (S):*

TIPO DE HEMOCOMPONENTE:	*Nº DE BOLSA:*

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE.- *BOLSAS EFECTIVAMENTE ENTREGADAS O SERVICIOS PRESTADOS:*

Test de COOMBS DIRECTO

Test de COOMBS INDIRECTO

Grupo sanguíneo y factor Rh:

	Cant.	Nº de Bolsa(s)		Cant.	Nº de Bolsa(s)
Sangre Total			Crioprecipitados		
Paquete Globular			Anticuerpos Irregulares		
Plasma Fresco Congelado			Plasma Normal		
Concentrado de plaquetas			Glóbulos Rojos Lavados		
Aféresis			Sangría		

Otros

Firma y Sello del responsable del reporte o de la entrega

SELLO SERVICIO

Anexo 11

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-10

DESCARGO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ATENCION

SERVICIOS DE LABORATORIO/ IMAGENOLOGÍA/ GABINETE/ SANGRE SEGURA

MUNICIPIO:	**MES:**	**AÑO:**
RED:	**NIVEL DE ATENCION:**	
ESTABLECIMIENTO:	**SERVICIO:**	

	EXAMENES REALIZADOS O HEMOCOMPONENTES ENTREGADOS	CANTIDAD REALIZADA
LABORATORIO	Baciloscopia seriada	
	Bilirrubinas totales y fracciones	
	Coproparasitológico Simple	
	Creatinina en orina	
	Creatinina sérica	
	Examen general de orina	
	Grupo sanguineo y factor Rh	
	Glicemia	
	Hemoglobina y hematocrito	
	Hemograma completo	
	Moco fecal	
	Nitrogeno ureico sérico y úrea	
	Proteina C Reactiva - PCR	
	Proteinuria de 24 horas	
	Prueba rápida para sífilis	
	Tiempo de coagulación y tiempo de sangría	
	Tiempo de protrombina/TPP	
	Tinción PAP	
	Transaminasas TGO-TGP	
	Reaccion Widal	
	RPR para Sífilis - VDRL	
IMAGENOLOGÍA / GABINETE	Ecografía (cualquier sistema)	
	Mamografía	
	Placa radiográfica 18 x 24 cm	
	Placa radiográfica 24 x 30 cm	
	Placa radiográfica 32 x 40 cm	
	Placa radiográfica 35 x 35 cm	
SERVICIO DE SANGRE SEGURA (BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN)	Aféresis (incluye costo del equipo + ACD+Suero fisiologico de 2 vías + pruebas de tamizaje obligatorias)	
	Investigación e identificación de Anticuerpos Irregulares y subgrupos sanguíneos	
	Concentrado de plaquetas por cada unidad	
	Crioprecipitados (Factor VIII) por cada unidad	
	Glóbulos Rojos Lavados + Suero fisiologico +equipo de venoclisis	
	Paquete globular	
	Plasma Fresco Congelado	
	Plasma Normal	
	Sangre Total	
	Test de COOMBS (directo)	
	Test de COOMBS (indirecto)	
	Determinación de Grupo Sanguíneo ABO y Factor Rh	
	Extracciones terapueuticas (Sangrias) con suero fisiologico de reposición	
	Acto transfusional + Pruebas de Compatibilidad + Tipificación de Grupo Sanguíneo ABOy Factor Rh + Equipo Transfusor	
OTROS EXAMENES		

Responsable del Servicio:

Elaborado por:

Fecha de elaboración

FIRMA RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

Anexo 12

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-14

Resumen de prestaciones realizadas

PRESTACIONES

MUNICIPIO:	LOCALIDAD:
ESTABLECIMIENTO:	SEDES:
RED:	NIVEL DE ATENCION:
MES:	AÑO:

Nº	NUMERO DE REGISTRO	APELLIDOS		NOMBRES	DIA	EDAD		SEXO		CONSULTA	
		PATERNO	MATERNO			Años	Meses	M	F	N	R
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
					Total página actual						
					Total página anterior						
					TOTAL						

Nombre completo del responsable de la

Firma

Anexo 13

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

D-15

Reporte de Prestaciones Establecidas de Seguros Públicos de Salud – REPES

SEDES: | Municipio:
Red: | Establecimiento:
Responsable: | Mes: | Año:
Nivel de Atención:

Nº	Código Prestación	Prestaciones Realizadas	Nº de Prestacion	Costo Unitario	Costo Total
		Nº Total de Prestaciones		Total	

Monto Literal: Son: 00/100 bolivianos

Elaborado por:

Fecha de elaboración

FIRMA RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

Bolivia, Digna, Soberana, Democrática y Productiva

PARA VIVIR BIEN